Suivi des résultats

de la transformation des services de santé et des services sociaux

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC

Janvier 2000

100-04799/

SUIVI DES RÉSULTATS DE LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

À PARTIR PRINCIPALEMENT DE DONNÉES :

- sur les ressources matérielles, financières et humaines
- d'hospitalisations
- de chirurgie d'un jour
- de salles d'urgence
- de maintien à domicile
- d'hébergement et de soins de longue durée
- du Centre jeunesse de Québec
- d'enquêtes ou d'études sur l'état de santé

ANDRÉ TOURIGNY
PIERRE MERCIER
ODETTE LEGAULT
Direction de la santé publique

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC

Janvier 2000

Équipe de réalisation :

André Tourigny, RRSSS de Québec, Direction de la santé publique
Pierre Mercier, RRSSS de Québec, Direction de la santé publique
Odette Legault, RRSSS de Québec, Direction de la santé publique

Collaboration :

Marcelle Boissinot[1] et *Diane Careau*[1], secrétariat
Manon Côté[1], traitement de bases de données
Guy Massicotte[2], santé physique
Denise Aubé[1], *Lyne Lavoie*[2] et *Nathalie Brière*[2], santé mentale
Liliane Bédard[2], registre des salles d'urgence
Francine Lacroix[2], CLSC
Zamilda Fortin[2], hébergement et soins de longue durée
Claire Garneau[2], liste d'attente pour les services spécialisés
Lise Cyr[1], clientèle jeunesse
Lise Côté[1] et *Claude Gagnon*[1], étude de satisfaction
François Gamache[3] et *Louis Auger*[3], ressources humaines
Marie-Andrée Lemieux[4], ressources financières
Denis Laliberté[1] et *Paul Bouchard*[1], santé au travail
Michèle Darveau[3], révision des textes

1 Direction de la santé publique
2 Direction de l'organisation des services
3 Secrétariat général
4 Ressources financières et matérielles

Édition produite par :

la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Direction de la santé publique

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :
- Commande par télécopieur : (418) 529-4463
- Pour information additionnelle : (418) 529-5311 poste 250

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
525, boul. Wilfrid-Hamel Est, Québec (Québec) G1M 2S8
Téléphone : (418) 529-5311 Télécopieur : (418) 529-4463
Téléphone ATS / *Appareils de télécommunication pour sourds* : (418) 525-1502

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
Bibliothèque nationale du Canada, 1999
ISBN 2-921332-73-6 (2e version)

NOTE : Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

Dimension 1 : Redéploiement des ressources....5

Ressources matérielles

1-a Nombre de lits dressés en soins de courte durée et nombre de lits en hébergement et soins de longue durée dans les établissements de la région de Québec 6

Ressources financières

1-b Évolution de la situation financière pour la période allant du 1er avril 1995 au 31 mars 1999 du réseau sociosanitaire de la région de Québec 7

Ressources humaines

1-c Nombre d'heures, travaillées totales et par statut d'emploi, et nombre de postes par groupe d'emploi....8

Dimension 2 : Production des services dans les établissements 9

Volet hospitalier

2. Nombre d'hospitalisations et durée moyenne de séjour en soins de courte durée en santé physique dans les établissements de la région de Québec 10
3. Nombre d'hospitalisations et durée moyenne de séjour en chirurgie, nombre de chirurgies d'un jour et proportion du nombre de chirurgies d'un jour dans les établissements de la région de Québec 11
4. Nombre d'hospitalisations et durée moyenne de séjour en médecine dans les établissements de la région de Québec 12
5. Nombre d'hospitalisations et durée moyenne de séjour pour l'obstétrique et les soins aux nouveau-nés dans les établissements de la région de Québec 13
6. Nombre d'hospitalisations et durée moyenne de séjour en soins de courte durée en santé mentale dans les établissements de la région de Québec 14

Volet urgence

7. Nombre de patients sur civières dans les urgences des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Québec....15
8. Nombre et proportion du nombre de patients sur civières âgés de 75 ans et plus dans les urgences des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Québec....16

Volet CLSC

9. Nombre d'usagers et nombre d'interventions reliés aux services de base du programme de maintien à domicile et pour la santé maternelle et infantile dans les CLSC de la région de Québec 17

Volet hébergement et soins de longue durée

10. Nombre d'admissions, taux d'admission et taux d'équivalents-lits utilisés en hébergement et soins de longue durée dans la région de Québec....18
11. Nombre et proportion du nombre de jours d'hospitalisation en longue durée dans des lits de soins de courte durée en santé physique dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Québec....19

Dimension 3 : Accès aux soins et aux services pour la population 20

Volet hospitalier

12. Taux d'hospitalisation et durée moyenne de séjour en chirurgie pour la population de la région de Québec....21
13. Taux d'hospitalisation et durée moyenne de séjour en médecine pour la population de la région de Québec....22
14. Proportion du nombre d'hospitalisations avec gravité clinique élevée ou extrême (cas graves) pour la population de la région de Québec....23
15. Taux de certaines interventions chirurgicales dites discrétionnaires pour la population de la région de Québec 24
16. Taux de certaines interventions chirurgicales qui augmentent la qualité de vie (intervention dite de haute intensité) chez les personnes âgées de 50 ans et plus de la région de Québec....25
17. Taux d'hospitalisation et durée moyenne de séjour pour l'obstétrique et les soins aux nouveau-nés pour la population de la région de Québec....26
18. Taux d'hospitalisation et durée moyenne de séjour en soins de courte durée en santé mentale pour la population de la région de Québec....27
19. Nombre de journées d'hospitalisation et taux d'équivalents-lits en santé physique pour la population de la région de Québec 28

20. Nombre de personnes en liste d'attente et délai moyen d'attente en cardiologie tertiaire et chirurgie cardiaque dans les établissements de la région de Québec 29

21. Nombre de personnes en liste d'attente et délai moyen d'attente en radio-oncologie dans les établissements de la région de Québec 30

22. Nombre de prothèses totales de la hanche et du genou réalisées, nombre de personnes en attente et délai moyen d'attente dans les établissements de la région de Québec 31

Volet ambulatoire

23. Nombre et proportion du nombre de chirurgies d'un jour sur l'ensemble des chirurgies pour la population de la région de Québec 32

Volet urgence

24. Proportion du nombre de patients sur civières avec un séjour excessif à l'urgence dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Québec 33

25. Séjour moyen des patients sur civières à l'urgence selon le statut d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Québec 34

Volet hébergement et soins de longue durée

26. Nombre de personnes en attente d'hébergement et durée moyenne d'attente des personnes admises en hébergement et soins de longue durée dans la région de Québec 35

Volet Centre jeunesse de Québec

27. Nombre de signalements et délai moyen d'attente à l'évaluation suite aux signalements retenus par le Centre jeunesse de Québec 36

Dimension 4 : La qualité des soins et des services 37

28. Évolution des réhospitalisations au cours des 30 jours suivant la sortie : évolution selon certains diagnostics de médecine, d'obstétrique et de psychiatrie et selon certaines catégories de chirurgie, deux ans avant (1993-1994 et 1994-1995) le début de la Transformation et deux ans après (1995-1996 et 1996-1997) 38

Dimension 5 : Satisfaction de la population 39

29. Satisfaction de la population et de certains groupes d'usagers en regard des soins et des services de santé dans la région de Québec 40

Dimension 6 : Morbidité hospitalière évitable et mortalité évitable 41

30. Évolution de la morbidité hospitalière évitable selon certains diagnostics pour trois groupes d'âge (taux pour 10 000 personnes de la région de Québec) 42

31. Nombre de décès évitables et indice de mortalité relative pour certaines causes et certains groupes d'âge déterminés pour la population de la région de Québec 44

Dimension 7 : L'état de santé 45

32. Portrait global de l'état de santé de la population de la région de Québec 45

33. État de santé des travailleuses et des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux de la région de Québec 46

Conclusion 47

Bibliographie 49

Annexe pour les tableaux 1 à 16 51

Annexe technique 71

INTRODUCTION

Ce document présente une mise à jour des données sur le suivi de la Transformation du réseau. Un groupe de travail, sous la responsabilité de la direction de la santé publique, avait le mandat de produire, à intervalles réguliers, des indicateurs de résultats en lien avec les principaux changements amenés par la Transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Déjà deux rapports ont été présentés : le premier (mars 1997) faisait état de la situation pour les premiers mois suivant le début de la Transformation en avril 1995 et présentait les résultats d'une étude de satisfaction auprès de la population et de certains groupes d'usagers; le second traçait un portrait des résultats après deux années et apparaissait dans les annexes et documents supports au plan de consolidation 1999-2000 soumis pour consultation à l'automne 1998.

Ce troisième rapport précise ou confirme des tendances régionales déjà décrites dans les documents précédents et ajoute, pour certains indicateurs, une comparaison avec d'autres régions sociosanitaires et une description des résultats pour les territoires locaux (CLSC) de la région de Québec. Dans un premier temps, une description de l'ampleur des changements survenus aux plans des ressources matérielles, financières et humaines, et de la production des soins et des services est présentée. Dans un deuxième temps, des réponses sont apportées à certaines des questions qui se sont posées dès le début de la transformation, notamment en regard de l'accessibilité, de la qualité des soins et des services et des effets sur la santé de la population.

L'information qui y est présentée provient de banques de données informatisées et validées à l'échelle régionale ou provinciale. Elle concerne principalement les services hospitaliers et d'hébergement.

Des données sur une partie des soins et des services en CLSC et au Centre Jeunesse y figurent également mais ces établissements, tout comme d'autres du réseau, feront l'objet de démarches de suivi plus spécifiques qui seront présentées ultérieurement. De même, des travaux ultérieurs documenteront de façon plus approfondie les soins et les services, tant de santé que sociaux, donnés sur une base ambulatoire, au domicile de la personne, ou encore dans des ressources alternatives pour les clientèles ayant obtenu un congé d'un centre hospitalier ou encore pour celles en perte d'autonomie ou en santé mentale. Ce rapport ne doit donc pas être perçu comme traçant le portrait complet des changements et des effets de la Transformation. Il constitue néanmoins, à partir d'une analyse plutôt macroscopique de la Transformation, une source d'information essentielle pour mieux apprécier l'ampleur des changements survenus et des modifications qu'ils ont entraînées sur les modes de pratique. Il permet aussi de juger dans quelle direction certains indicateurs reliés à la production des soins et des services, à l'accessibilité et à l'état de santé ont pu évoluer.

Contexte

Dans le cadre de la Transformation du réseau, le ministère de la Santé et des Services sociaux a fixé des objectifs de performance à atteindre en 1997-1998. Certains objectifs sont reliés à la production de soins et services tels qu'une diminution du séjour moyen hospitalier en soins de courte durée pour la santé physique, une augmentation de la proportion du nombre de chirurgies d'un jour, une diminution du nombre de jours d'hospitalisation en longue durée dans des lits de soins de courte durée, une augmentation des soins et services ambulatoires (soins et maintien à domicile) et une augmentation des admissions en hébergement et soins de longue durée. D'autres objectifs sont reliés à l'accessibilité des soins et services, telle que la diminution des séjours excessifs pour les patients sur civières à l'urgence, du nombre de même que du délai d'attente en hébergement et soins de longue durée. Ces objectifs doivent être atteints tout en réduisant la production globale de journées d'hospitalisation en santé physique pour en arriver, à moyen terme, à une norme provinciale de deux lits de soins de courte durée pour 1 000 habitants.

Parmi les nombreux changements entraînés par la Transformation du réseau dans la région de Québec, on retient la modification de la mission de quatre établissements hospitaliers de soins de courte durée en une mission d'hébergement et soins de longue durée, la fermeture d'un établissement ainsi qu'une redéfinition géographique des différents territoires locaux (CLSC) de la région de Québec[1].

D'autres changements sont survenus durant cette période de la Transformation du réseau. On retient la création du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) et d'un institut universitaire (Hôpital Laval).

---

[1] Pour une description détaillée des objectifs et des actions entreprises dans le cadre de la Transformation du réseau, se référer au document « Plan triennal de Transformation du système régional des services de santé et des services sociaux » adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, le 20 juin 1995.

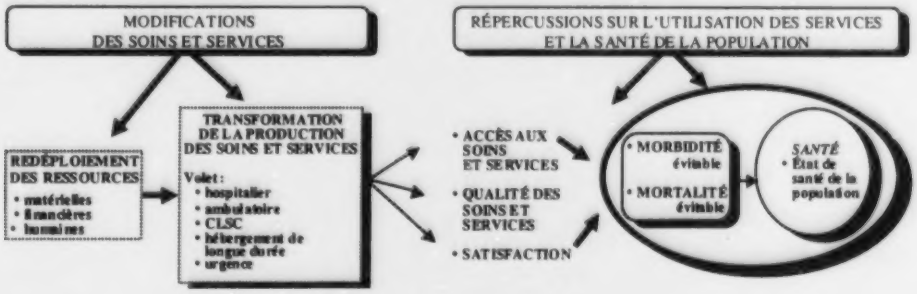
Dans un communiqué daté du 25 mars 1995, le directeur de la santé publique de la région de Québec émettait l'avis que les compressions budgétaires reliées au plan de Transformation du réseau de la santé et des services sociaux n'auraient pas d'impact sur l'accessibilité aux services et sur l'état de santé de la population. S'appuyant sur les conclusions des expériences réalisées ailleurs, notamment dans certaines provinces canadiennes, il était raisonnable de croire en la possibilité de produire les soins différemment et à moindre coût, sans qu'il y ait d'effets négatifs sur la santé de la population. Le défi résidait dans le passage d'un mode de production de soins à un autre, dans notre capacité à gérer correctement le processus complexe des changements de pratiques professionnelles et institutionnelles. C'est ainsi que le directeur de la santé publique a, en outre, veillé à la mise en place d'un système de surveillance des répercussions possibles de la Transformation du réseau sur l'utilisation des services et la santé de la population.

Au regard des objectifs à atteindre et face à une réorganisation importante des soins et des services de santé sur son territoire, le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec adopta, en mai 1996, le cadre de référence visant à suivre les répercussions du plan de Transformation.

Cadre de référence

Ce cadre de référence comprend sept dimensions pour lesquelles des indicateurs ont été identifiés et mesurés. Certains indicateurs adoptés ont été développés suite aux travaux du comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la Transformation du réseau[2].

D'autres sont empruntés à la littérature ou à des équipes de recherche ayant déjà procédé au monitorage des changements similaires dans la Transformation des services de santé, notamment ceux de la province du Manitoba depuis le début des années 1990[3]. La logique qui sous-tend ce suivi par indicateur est de fournir de l'information pouvant aider à la prise de décision et signaler les situations qui, de prime abord, peuvent laisser présager des problèmes sous-jacents nécessitant une investigation plus poussée. Les indicateurs couvrent sept dimensions : redéploiement des ressources (matérielles, financières et humaines); production de services; accès aux soins et services; qualité des soins et services; satisfaction des usagers; morbidité hospitalière évitable et mortalité évitable; état de santé de la population (voir figure). Pour certaines des dimensions, les indicateurs sont regroupés selon leur type de service (volet) : hospitalier, ambulatoire, urgence, CLSC, hébergement et Centre jeunesse.



2 Indicateurs : suivi des résultats de la Transformation du réseau, comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la Transformation du réseau, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, février 1999.

3 Monitoring the Winnipeg Hospital System : 1990/91 through 1996/97. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. Department of Community Health Sciences, Faculty of Medecine, University of Manitoba, february 1999.

Présentation du rapport

Une fiche synthèse décrit d'abord le ou les indicateurs afin de présenter l'évolution de la situation, que ce soit par rapport à une année de référence ou à un objectif précis. Étant donné que l'année financière 1995-1996[4] indique le début de la Transformation du réseau sur le plan administratif, plusieurs indicateurs décrivent l'évolution de la situation à partir de 1994-1995. D'autres, selon la disponibilité et la qualité des données, peuvent faire référence à une période antérieure ou postérieure à 1994-1995. Chaque fiche présente des graphiques décrivant le ou les indicateurs, des constats sur les principaux résultats observés et des explications reliées aux constats. Ces explications sont d'ordre général et visent surtout à démontrer l'interrelation importante entre les diverses composantes de notre système de soins et de santé. Ces explications sont inspirées des travaux du comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la Transformation du réseau, des discussions avec des professionnels de la Régie régionale de Québec et d'autres régies régionales, des intervenants du milieu et enfin, de la littérature sur le même sujet. Les résultats détaillés sont présentés en annexe sous forme de tableau et une note technique précise la source des données et les critères de sélection retenus.

Aperçu de l'utilisation des services hospitaliers dans la région de Québec en 1997-1998

Avant d'aborder le suivi des indicateurs du cadre de référence, il est important de préciser deux caractéristiques majeures reliées à l'utilisation des services hospitaliers dans la région de Québec en se référant à l'année financière 1997-1998.

C'est ainsi que deux perspectives différentes permettent d'obtenir un aperçu de l'utilisation des services hospitaliers dans la région de Québec en 1997-1998. Une première perspective est celle des services produits par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les établissements psychiatriques pour répondre aux besoins de leur clientèle, que celle-ci soit de la région de Québec ou d'ailleurs. Une deuxième perspective est celle des services consommés par la population de la région de Québec, peu importe l'endroit au Québec où elle obtient le service.

Selon la première perspective des services produits dans les établissements de la région de Québec (les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les établissements psychiatriques), 76 915 hospitalisations en soins de courte durée ont eu lieu en 1997-1998 dont 94 % pour des soins en santé physique et 6 % pour des soins en santé mentale. Pour les hospitalisations en santé physique, 72 % proviennent de la région de Québec, 14 % de la Chaudière-Appalaches, 3 % de la Mauricie et Centre-du-Québec, 3 % du Bas-Saint-Laurent et 8 % d'autres régions. Pour les hospitalisations en santé mentale, 90 % proviennent de la région de Québec, 6 % de la Chaudière-Appalaches et 4 % d'autres régions. Ces résultats témoignent de la vocation suprarégionale des établissements hospitaliers de la région de Québec.

Selon la deuxième perspective des services consommés par la population de la région de Québec, 56 925 hospitalisations en soins de courte durée ont été dénombrées en 1997-1998, 93 % pour des soins en santé physique et 7 % pour des soins en santé mentale. Pour les hospitalisations en santé physique, 98 % d'entre elles ont eu lieu dans les établissements de la région de Québec et 2 % hors région. Pour les hospitalisations en santé mentale, 99 % d'entre elles ont eu lieu dans les établissements de la région de Québec et 1 % seulement hors région. Ces résultats confirment l'autosuffisance de notre région en matière d'hospitalisation en soins de courte durée.

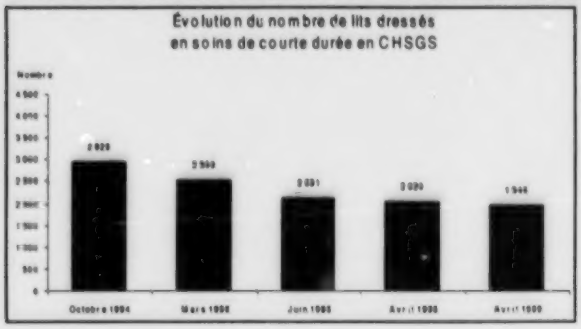
[4] Sur le plan administratif, une année financière s'échelonne du 1er avril d'une année au 31 mars de l'année suivante, d'où l'expression 1995-1996.

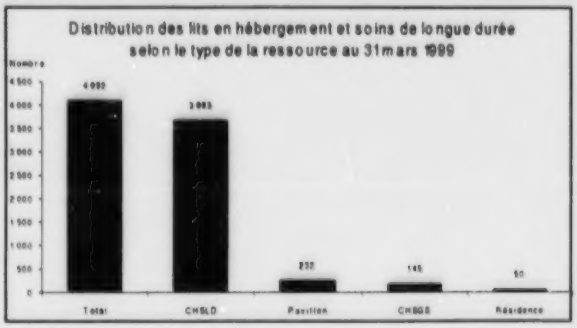
DIMENSION 1

REDÉPLOIEMENT DES RESSOURCES

Questions	*Réponses*
a- Comment a évolué le nombre de lits dressés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés en soins de courte durée en santé physique (CHSGS) et en santé mentale?	*Le nombre de lits dressés en soins de courte durée dans les CHSGS de la région de Québec a diminué de 34 % depuis octobre 1994 pour se situer à 1 946 lits en avril 1999, soit 1 820 lits en santé physique (chirurgie, médecine et obstétrique) et 126 lits en santé mentale. Précisons que ces lits ne desservent pas uniquement les résidents de la région de Québec. En effet, en 1997-1998, un peu plus de 28 % des hospitalisations dans les CHSGS de la région de Québec en soins de courte durée en santé physique sont le fait de résidents d'autres régions sociosanitaires.*
- Comment a évolué le nombre de lits en hébergement et soins de longue durée dans les établissements de la région de Québec?	*Au 31 mars 1999, le nombre total de lits au permis en hébergement et en soins de longue durée dans les établissements de la région de Québec avait augmenté pour atteindre 4 092 lits (3 665 en CHSLD, 232 en pavillon d'hébergement, 145 en CHSGS et 50 en résidence d'accueil. Ce nombre total représente un ajout de 140 lits par rapport aux années antérieures.*
b- Comment ont évolué les budgets et les dépenses du réseau dans la région de Québec?	*Le financement total a diminué de près de 6 % de 1995-1996 à 1998-1999. Les dépenses totales ont, quant à elles, diminué de 1995-1996 à 1996-1997 pour augmenter graduellement par la suite et atteindre en 1998-1999, le niveau où elles étaient en 1995-1996.*
c- Comment ont évolué le nombre d'heures travaillées et le nombre de postes dans la région de Québec?	*Le nombre total d'heures travaillées a diminué de 1995-1996 à 1997-1998 pour ensuite augmenter en 1998-1999. Ceci se traduit par une baisse de 6 % entre 1995-1996 et 1998-1999. Le nombre total de postes a, quant à lui, diminué progressivement depuis 1994-1995 alors que seul le nombre de postes de professionnel a connu une hausse.*

NOMBRE DE LITS DRESSÉS EN SOINS DE COURTE DURÉE[5] ET NOMBRE DE LITS EN HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE[6] DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Le nombre de lits dressés en soins de courte durée dans les CHSGS de la région de Québec a diminué de 34 % depuis octobre 1994 pour se situer à 1 946 lits en avril 1999, soit 1 820 lits en santé physique (chirurgie, médecine et obstétrique) et 126 lits en santé mentale.

Le nombre de lits dressés en soins de courte durée en santé physique dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région de Québec a diminué lui aussi de 34 % depuis 1994-1995 pour se situer à 1 820 lits en avril 1999.

Le nombre de lits dressés en soins de courte durée en santé mentale incluant les CHSGS et les établissements psychiatriques de la région de Québec a diminué de 21 % depuis 1994-1995 pour se situer à 320 lits en avril 1999 (126 lits dans les CHSGS et 194 lits dans les établissements psychiatriques).

Au 31 mars 1999, le nombre total de lits au permis en hébergement et en soins de longue durée dans les établissements de la région de Québec est de 4 092 lits (3 665 en CHSLD, 232 en pavillon d'hébergement, 145 en CHSGS et 50 en résidence d'accueil). Ce nombre de lits est identique à celui calculé en avril 1998. De ce nombre total on retient 3 897 lits gérés par le système régional d'admission-orientation (3 665 en CHSLD et 232 en pavillon).

Explications

Entre mars et juin 1996, le changement de mission de quatre centres hospitaliers de courte durée en centres d'hébergement de longue durée et la fermeture d'un autre établissement ont eu un impact majeur sur le nombre de lits dressés en courte durée. Quelques lits supplémentaires ont par la suite été transformés dont certains en ressources ambulatoires (chirurgie de jour). Précisons que ces lits ne desservent pas uniquement les résidents de la région de Québec. En effet, un peu plus de 28 % des hospitalisations dans les CHSGS de la région de Québec sont le fait de résidents d'autres régions sociosanitaires.

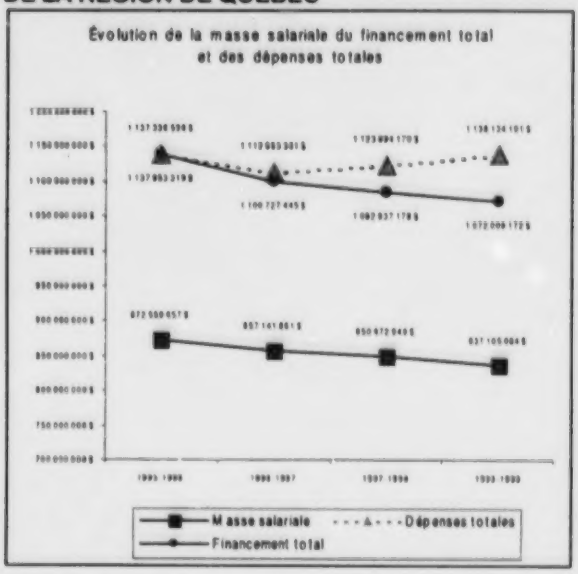
En avril 1998 on a constaté un ajout net de 140 lits d'hébergement et de soins de longue durée dans la région par rapport aux années antérieures. Cet ajout est attribuable au changement de mission de quatre établissements en avril 1996 ainsi qu'aux transferts et aux modifications de lits au permis dans les CHSGS restants. Plus de 98 % des lits d'hébergement et des soins de longue durée sont occupés par des résidents de la région de Québec.

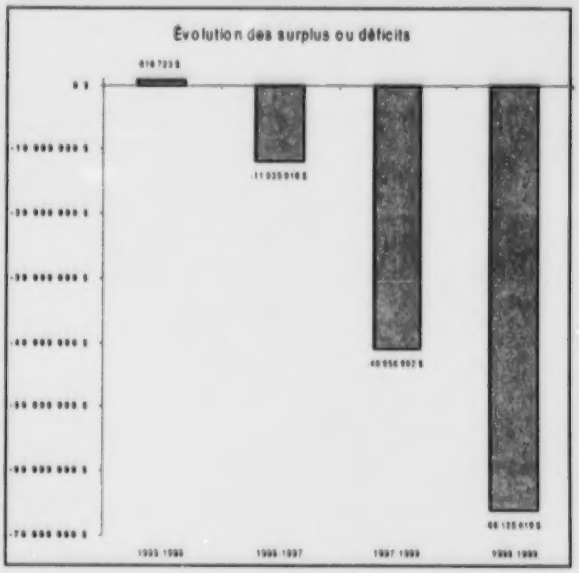
---

5 Il s'agit du nombre de lits dressés dans les CHSGS (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés) en soins de courte durée en santé physique et en santé mentale et du nombre de lits de soins de courte durée en santé mentale dans les établissements psychiatriques (Centre hospitalier Robert-Giffard, Pavillon Roy-Rousseau, Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec et Centre hospitalier de Charlevoix) de la région de Québec.

6 Sont d'abord dénombrés les lits au permis en hébergement et soins de longue durée incluant les lits dans les CHSLD (centres d'hébergement de soins de longue durée) publics et privés conventionnés, les pavillons d'hébergement, les lits des anciennes USLD (unités de soins de longue durée) dans les CHSGS maintenant appelés lits d'hébergement transitoire et enfin les lits des résidences d'accueil des établissements. Dans un deuxième temps, du nombre de lits au permis sont inventoriés les lits gérés par le système régional d'admission-orientation, incluant les lits dans les CHSLD publics et privés conventionnés et les pavillons d'hébergement. Les lits gérés par le système régional d'admission-orientation excluent donc les lits des CHSGS et des résidences d'accueil.

ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1ER AVRIL 1995 AU 31 MARS 1999 DU RÉSEAU SOCIOSANITAIRE DE LA RÉGION DE QUÉBEC





DESCRIPTION	EXERCICE				ÉCART
	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	
Masse salariale	972 550 657 $	857 141 861 $	850 872 948 $	837 105 084 $	-4,1%
Autres dépenses	256 337 498 $	243 141 583 $	258 124 953 $	280 047 357 $	9,2%
Organismes communautaires	8 439 441 $	12 379 937 $	17 096 288 $	20 981 750 $	148,6%
Dépenses totales	1 137 336 596 $	1 112 663 381 $	1 123 894 170 $	1 138 134 191 $	0,1%
Financement total	1 137 953 319 $	1 100 727 445 $	1 082 937 178 $	1 072 008 172 $	-5,8%
Surplus (déficit)	616 723 $	-11 935 918 $	-40 956 992 $	-66 125 019 $	

Source : AS-471, page 200

Constats

Le financement total du réseau sociosanitaire a diminué progressivement de 5,8 % de 1995-1996 à 1998-1999.

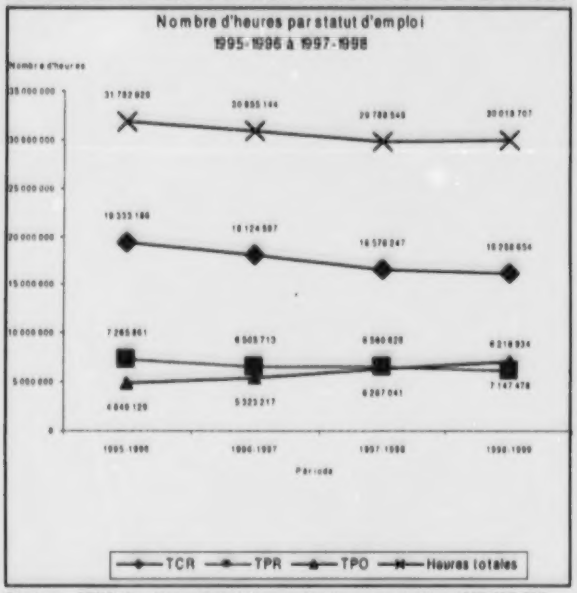
Les dépenses totales ont, quant à elles, diminué en 1996-1997 pour ensuite augmenter graduellement, de telle sorte qu'elles sont revenues en 1998-1999 au même niveau qu'elles l'étaient en 1995-1996. Pour le détail des dépenses, on retient que la masse salariale a diminué de 4,1 % et que les autres dépenses ont augmenté de 9,2 %. Les organismes communautaires ont, quant à eux, plus que doublé leur budget.

Le maintien des dépenses totales doit être analysé dans la perspective où, s'il n'y avait pas eu diminution du financement, on se serait attendu plutôt à une augmentation des dépenses comme par les années antérieures à la Transformation.

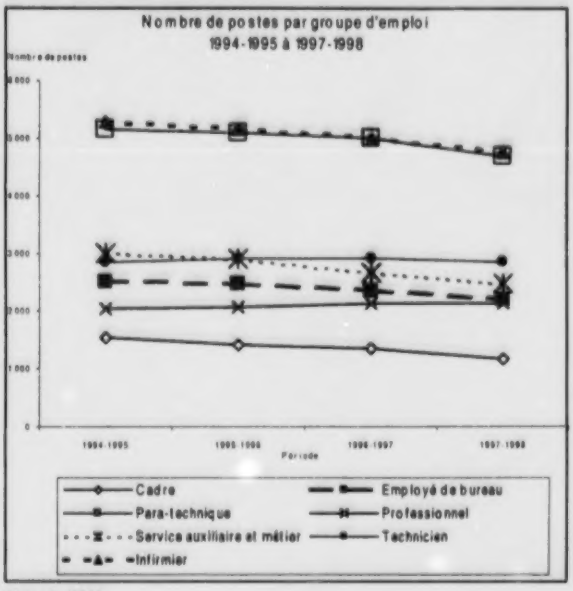
Explications

Les fortes pressions exercées au plan de la demande de soins et de services ont fait en sorte que, principalement les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans un contexte où le financement diminuait, ont enregistré des déficits pour assurer une offre de soins et de services équivalente. L'écart entre le financement total et les dépenses totales s'est donc accru pour atteindre un déficit de 66 M$ en 1998-1999.

NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES, TOTALES ET PAR STATUT D'EMPLOI, ET NOMBRE DE POSTES PAR GROUPE D'EMPLOI[7]



Source : PRMO / Secrétariat général. Les heures totales incluent les heures TCR, TPR, TPO, supplémentaires et celles réalisées par le personnel en sécurité d'emploi



Source MSSS

Constats

Le nombre régional d'heures travaillées totales en 1998-1999 est plus faible de 6 % par rapport à ce qu'il était au début de la période (1995-1996). De plus, les heures travaillées des détenteurs de poste à temps complet (TCR) ont diminué de 16 %, celles des détenteurs de poste à temps partiel (TPR) de 14 %, tandis que celles des personnes non détentrices de poste (TPO) ont augmenté de 47 %. Les TPO représentent en 1998-1999 près de 24 % du nombre total des heures travaillées régionalement.

Le nombre total régional de postes a diminué continuellement au cours de la période 1994-1995 à 1997-1998. Le groupe d'emplois qui, proportionnellement, a subi la diminution la plus forte est celui des cadres avec une diminution de 23 %, suivi des services auxiliaires et des métiers avec 18 %. Celui des professionnels a, au contraire, augmenté continuellement durant les quatre années visées tandis que celui des techniciens est au même niveau qu'au début de la période visée.

Explications

Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à ce changement dans la contribution du nombre d'heures travaillées : changement de mission de quatre établissements et fermeture d'un autre, les départs massifs à la retraite, la diminution des budgets alloués. Les changements touchant la Transformation ont touché la majorité des groupes d'emploi mais davantage ceux qui étaient moins directement impliqués dans les soins et l'aide.

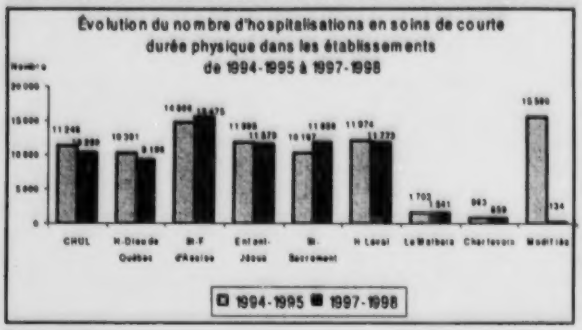
---

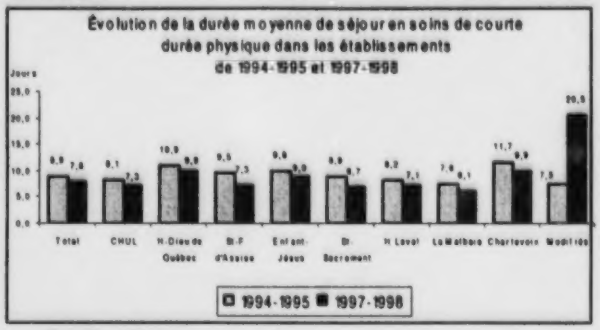
7 Cadre
Employé de bureau
Para-technique (préposé(e) aux bénéficiaires, infirmière/er auxiliaire, etc.)
Professionnel (infirmière/er bachelière/er, réadaptation, etc.)
Service auxiliaire et métier (cuisine, entretien ménager, etc.)
Technicien (administration, biomédical, etc.)
Infirmier (technique)

PRODUCTION DES SERVICES DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Questions	*Réponses*
a- Avec le virage ambulatoire ainsi que les nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques, a-t-on diminué le nombre d'hospitalisation et la durée moyenne des séjours en soins de courte durée en santé physique dans les CHSGS? (fiches 2 à 5)	*Oui. Le nombre d'hospitalisations a diminué de 17,9 % de 1994-1995 à 1997-1998 (de 88 545 à 72 693) et la durée moyenne de séjour a diminué de 12,4 % (de 8,9 jours à 7,8 jours). Ces diminutions se retrouvent en chirurgie, en médecine et pour l'obstétrique et les soins aux nouveau-nés.*
b- -Avec l'adoption du virage ambulatoire, a-t-on augmenté la production de la chirurgie d'un jour dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)? (fiche 3)	*Oui. Pour l'ensemble des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), le nombre et la proportion du nombre de chirurgies d'un jour sur l'ensemble des chirurgies ont augmenté de 1994-1995 à 1997-1998. La proportion du nombre de chirurgies d'un jour est passée de 43 % à 49 %.*
c- Comment a évolué le nombre d'hospitalisations et la durée moyenne des séjours en soins de courte durée en santé mentale dans les CHSGS et les établissements psychiatriques? (fiche 6)	*Le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée en santé mentale dans les CHSGS et les établissements psychiatriques de la région de Québec a connu une baisse de 8,4 % de 1994-1995 à 1997-1998 (de 4 610 à 4 222). La durée moyenne de séjour a connu une baisse de 15,7 % pour passer de 35,8 à 30,2 jours. La durée moyenne de séjour varie beaucoup selon les établissements. Elle est moins élevée dans les CHSGS que dans les établissements psychiatriques.*
d- Comment a évolué l'achalandage aux services d'urgence dans les CHSGS suite au changement de mission de quatre établissements en avril 1996 et au vieillissement de la population lors des dernières années? (fiches 7 et 8)	*L'achalandage aux services d'urgence dans les CHSGS de la région de Québec a augmenté. On enregistre en 1998-1999, le plus grand nombre de patients sur civières des cinq dernières années dans leur salle d'urgence (86 752) et le plus grand nombre de patients sur civières âgés de 75 ans et plus, soit 16 393.*
e- La diminution des séjours hospitaliers et l'augmentation des activités ambulatoires favorisées par le plan de Transformation sont-elles accompagnées d'une hausse du nombre d'usagers et d'interventions dans les services de base de maintien à domicile dans les CLSC? (fiche 9)	*Oui. Depuis 1995-1996, dans les CLSC de la région de Québec, on note une augmentation du nombre d'usagers dans tous les services de base de maintien à domicile. L'augmentation est de 33 % pour les soins infirmiers, de 26 % pour les services spécialisés d'ergothérapie et de physiothérapie, de 6 % pour les services psychosociaux et de 3 % pour les services d'aide à domicile. On observe aussi une augmentation des interventions pour tous les services de base de maintien à domicile sauf pour les services psychosociaux (diminution de 3 %).*
f- Le nombre et le taux d'admissions en hébergement et soins de longue durée en CHSLD se sont-ils maintenus ou ont-ils augmenté avec l'ajout de lits en hébergement en avril 1996? (fiche 10)	*En 1998-1999, on observe 1 186 admissions en hébergement et soins de longue durée dans la région de Québec, ce qui représente une augmentation de 44 % par rapport à 1995-1996. Le taux d'admissions a également augmenté pour se situer à 31 % en 1998-1999.*
g- Le taux d'équivalents-lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus en hébergement et soins de longue durée dans les CHSLD se rapproche-t-il de l'objectif provincial fixé par le Ministère? (fiche 10)	*Oui, mais il y a encore des gains à faire. En 1997-1998, ce taux est de 47/1 000 dans la région de Québec. Le MSSS vise un taux se situant entre 35 et 42 équivalents-lits pour 1 000.*
h- Le nombre et la proportion du nombre de jours d'hospitalisation pour des soins de longue durée dans des lits de courte durée en santé physique dans les CHSGS ont-ils diminué? (fiche 11)	*Oui. Ce nombre a diminué de 56 % entre 1994-1995 et 1997-1998 et cette proportion est de 3,6 % en 1997-1998. Ce qui équivaut à 53 lits de courte durée qui sont occupés pour des des soins de longue durée dans l'ensemble des CHSGS de la région de Québec.*

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE EN SANTÉ PHYSIQUE[8] DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[9]





Constats

Le nombre d'hospitalisations a diminué de 17,9 % de 1994-1995 à 1997-1998 (de 88 545 à 72 693). Seuls les pavillons Saint-François d'Assise et Saint-Sacrement ont connu une hausse. Les établissements dont la vocation a été modifiée ont évidemment connu des baisses importantes (voir aussi annexe : tableau 1).

La durée moyenne de séjour (DMS) a diminué de 12,4 % (de 8,9 jours à 7,8 jours). L'objectif pour le Québec était une diminution de 16,5 % alors que dans les faits, les résultats démontrent une diminution de 10,7 %. Les plus fortes baisses ont été enregistrées aux pavillons Saint-François d'Assise et Saint-Sacrement. Les plus fortes hausses ont été enregistrées dans les établissements dont la vocation a été modifiée.

Explications

L'augmentation du nombre d'hospitalisations et la baisse marquée de la DMS dans deux pavillons (Saint-François d'Assise et Saint-Sacrement) s'expliquent principalement par le transfert des accouchements en provenance des établissements dont la vocation a été modifiée. La hausse de la DMS dans les hôpitaux modifiés est attribuable à la présence de lits polyvalents qui peuvent servir à répondre à des besoins de traitement aigu, de réadaptation, de convalescence ou de soins palliatifs.

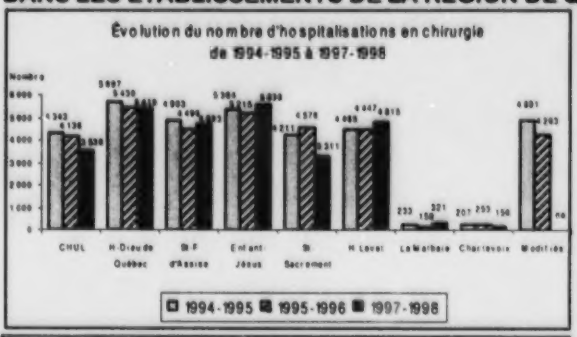
Des comparaisons entre établissements peuvent difficilement être établies sans faire des analyses plus approfondies permettant de prendre en compte la composition des clientèles, qui peut être très différente d'un milieu à l'autre. Des comparaisons avec l'ensemble du Québec peuvent être faites à la condition de le prendre sous l'angle de la consommation de services, donc des résidents de la région de Québec (voir dimension 3 : accès aux soins et services pour la population).

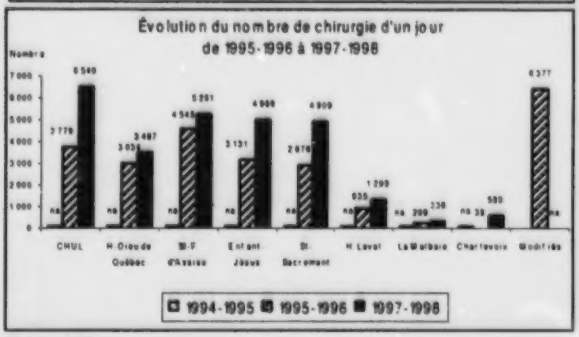
---

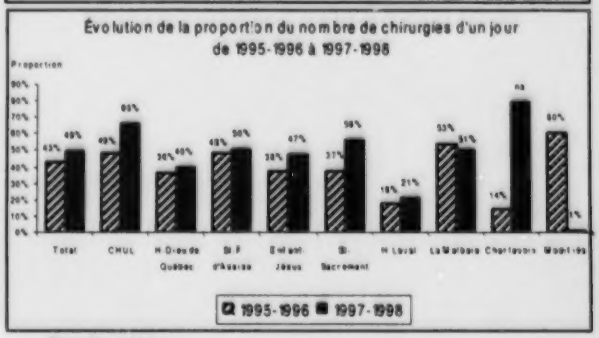
8 La source de données est le fichier APR-DRG (J57). Les soins de courte durée physique comprennent les hospitalisations en médecine, en chirurgie, en obstétrique et les nouveau-nés qui reçoivent des soins particuliers. On ne tient pas compte des nouveau-nés normaux qui occupent un berceau. Pour la production hospitalière, on étudie les hospitalisations peu importe le lieu de résidence des personnes hospitalisées.

9 On étudie l'évolution de la production hospitalière entre 1994-1995 et 1997-1998 pour les trois pavillons du CHUQ (CHUL, Hôtel-Dieu de Québec et Saint-François d'Assise), les deux pavillons du CHA (Saint-Sacrement et Enfant-Jésus), l'Hôpital Laval, les deux établissements situés en périphérie (Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie et Centre hospitalier de Charlevoix) et les cinq établissements dont la vocation a été modifiée en 1995-1996 (Hôpital Christ-Roi, Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, Hôpital Jeffery Hale, Centre hospitalier Chauveau et Centre hospitalier Courchesne). En 1997-1998, parmi les établissements modifiés, seulement l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré a des hospitalisations en médecine qui sont déclarées dans le fichier APR-DRG (J57) alors que les autres établissements modifiés ne les déclarent pas dans ce fichier.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHIRURGIE, NOMBRE ET PROPORTION DU NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR[10] DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[11]







Constats

Depuis 1995-1996, les hospitalisations ont diminué de 15,5 % (de 32 985 à 27 882) alors que les interventions en chirurgie d'un jour ont augmenté de 9,9 % (de 24 924 à 27 387). Les établissements qui ont connu les plus fortes baisses des hospitalisations (Centre hospitalier de Charlevoix, Pavillon Saint-Sacrement, Pavillon CHUL) ont aussi connu les plus fortes hausses du nombre d'interventions en chirurgie d'un jour. La proportion du nombre de chirurgies d'un jour a d'ailleurs fait un bond considérable de 6,3 % entre 1995-1996, première année au cours de laquelle les données étaient complètes, et 1997-1998, pour se situer à 49 %. Quant à la durée moyenne de séjour (DMS), elle a diminué dans tous les établissements (voir aussi annexe : tableau 2).

Explications

Le virage ambulatoire fait en sorte que tant les hospitalisations que les interventions en chirurgie d'un jour et les DMS sont étroitement reliées. Plus la chirurgie d'un jour sera élevée, plus les cas hospitalisés seront sévères et plus la DMS demeurera stable ou augmentera dans les prochaines années.

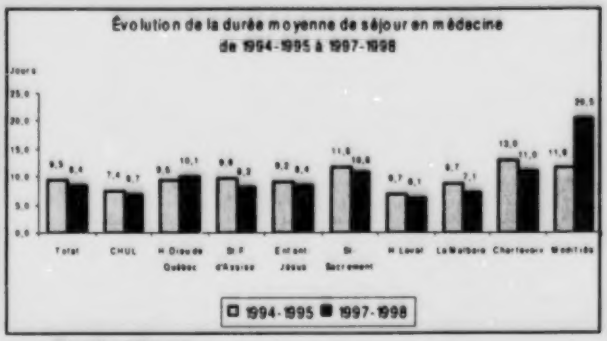
Le nombre total de chirurgies (avec hospitalisation et soins d'un jour), a baissé légèrement entre 1995-1996 et 1997-1998 (de 57 909 à 55 269), probablement à cause d'interventions dorénavant effectuées en clinique externe ou en bureau privé plutôt qu'en salle d'opération (ex. : tunnel carpien, dilatation et curetage, cataracte), de l'augmentation des traitements non chirurgicaux (ex. : radiologie d'intervention, injections sclérosantes de varices), et de changements dans les modes de pratique (ex. : césarienne).

---

10 Les données proviennent du fichier APR-DRG (J57). Les chirurgies d'un jour couvrent les cas de chirurgie d'un jour et les cas d'hospitalisation en chirurgie de 24 heures ou moins sauf les décès et les transferts dans les 24 heures suivant l'admission. Étant donné que certains établissements ne déclaraient pas leurs chirurgies d'un jour dans MED-ÉCHO en 1994-1995, les nombres et proportions calculés pour la chirurgie d'un jour débutent en 1995-1996. C'est pour cette raison qu'il n'y a pas de données pour l'année 1994-1995 (na pour non applicable).

11 Pourcentage de chirurgie d'un jour = nombre de chirurgies d'un jour divisé par / (nombre de chirurgies nécessitant une hospitalisation de plus d'un jour + nombre de chirurgies d'un jour).

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MÉDECINE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[12]



Constats

Le nombre d'hospitalisations en médecine a diminué de 18,2 % (de 42 775 à 34 987) alors que la durée moyenne de séjour (DMS) parmi les CHSGS a connu une baisse de 13,8 % (de 8,0 jours à 6,9 jours). Seul le Pavillon Hôtel-Dieu de Québec montre une augmentation de sa DMS mais celui-ci a également connu une des plus fortes baisses de son nombre d'hospitalisations (voir aussi annexe : tableau 3).

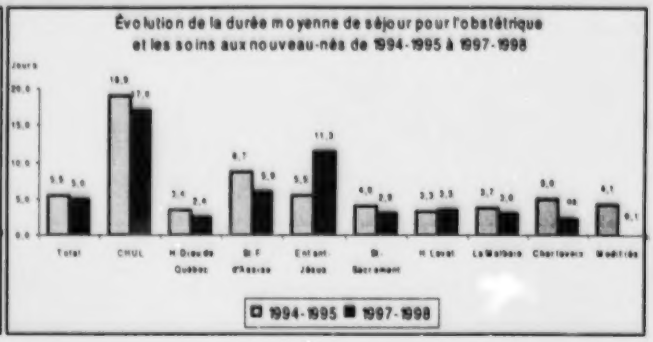
Explications

La baisse des hospitalisations en médecine peut être attribuable à plusieurs facteurs tels que le développement d'alternatives à l'hospitalisation, une investigation plus complète en externe, des changements dans les modes de pratique, une autosuffisance plus grande des autres régions.

La baisse des DMS peut également être attribuable à plusieurs facteurs dont l'augmentation de l'aide et des soins à domicile, les changements dans les pratiques de soins (ex. : antibiothérapie à domicile, chimiothérapie en externe). Il est difficile de comparer les DMS entre les établissements en raison de la composition (gravité des cas) souvent très différente des clientèles qui s'y retrouvent.

[12] Les données proviennent du fichier APR-DRG (J57).

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR L'OBSTÉTRIQUE ET LES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[13]



Constats

Le nombre d'hospitalisations pour l'obstétrique et les soins aux nouveau-nés a baissé de 14,8 % (de 11 047 à 9 415). Les pavillons Saint-François d'Assise et Saint-Sacrement ont vu leur nombre d'hospitalisations augmenter considérablement suite à la modification de la mission de trois centres hospitaliers qui réalisaient des accouchements (voir aussi annexe : tableau 4).

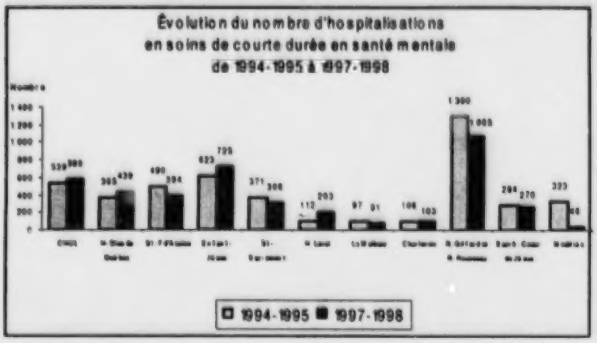
La durée moyenne de séjour a diminué de 20 % (de 5,5 jours à 4,4 jours). Elle est la plus élevée au Pavillon CHUL en raison des soins néonataux qui s'y retrouvent et de l'absence de soins obstétricaux. Elle est élevée au Pavillon Enfant-Jésus en raison d'hospitalisations de nouveau-nés nécessitant une opération majeure sur le système nerveux ou ayant des anomalies congénitales majeures.

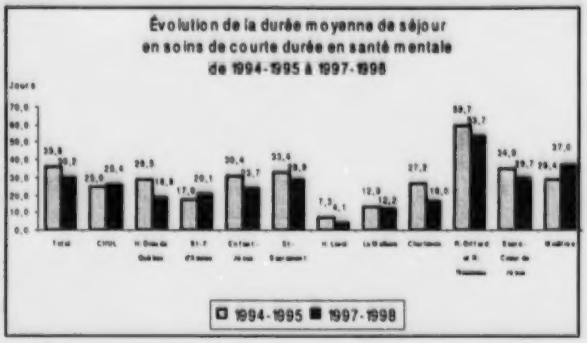
Explications

La diminution observée du nombre d'hospitalisations est le reflet de la diminution du taux de natalité touchant l'ensemble du Québec. La diminution de la DMS suit la même tendance observée en chirurgie et en médecine.

[13] La source de données est le fichier APR-DRG (J57). On ne considère que les nouveau-nés qui reçoivent des soins particuliers (néonatalogie). On ne tient pas compte des nouveau-nés normaux qui occupent un berceau.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE EN SANTÉ MENTALE[14] DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Le nombre total d'hospitalisations en soins de courte durée en santé mentale dans les établissements de la région de Québec a connu une baisse de 8,4 % (de 4 610 à 4 222). Cette baisse est survenue principalement dans les établissements dont la vocation a été modifiée, dans les établissements psychiatriques et dans les établissements en périphérie du Québec-métro alors que globalement le CHUQ, le CHA et l'Hôpital Laval ont enregistré des hausses (voir annexe : tableau 5).

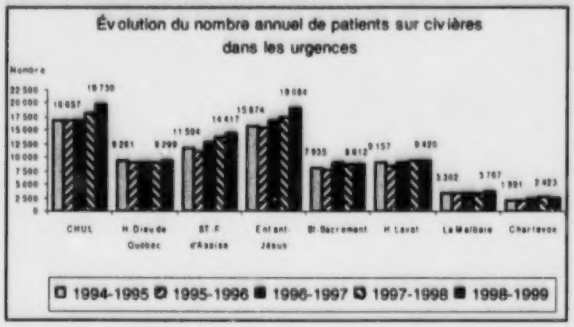
La durée moyenne de séjour (DMS) a connu une baisse de 15,7 % de 1994-1995 à 1997-1998 pour passer de 35,8 jours à 30,2 jours. La durée moyenne de séjour varie beaucoup selon les établissements. Elle est moins élevée dans les CHSGS que dans les établissements psychiatriques.

Explications

Les écarts de la DMS entre les établissements peuvent être attribués à plusieurs facteurs pouvant différencier les milieux : les modes de pratique différents, la présence d'alternatives à l'hospitalisation, la proportion plus ou moins élevée de transferts des cas dans d'autres milieux et le profil de la clientèle.

[14] La psychiatrie hospitalière pour tous les âges (enfants + adultes) telle que retrouvée dans la CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC (CMD) 19 : **troubles mentaux et troubles du comportement** des APR-DRG regroupant les DRG suivants : troubles mentaux ou troubles du comportement avec opération ; troubles organiques ou retard mental, psychose, troubles mentaux de l'enfance, autres troubles mentaux ou troubles du comportement. Cette fiche ne dénombre pas les hospitalisations pour les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool et drogue) correspondant au CMD 20 du fichier APR-DRG. Ces hospitalisations, pour la dimension production des services, sont incluses dans la catégorie médecine (fiche 4).

NOMBRE DE PATIENTS SUR CIVIÈRES DANS LES URGENCES DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[15]



Constats

Les CHSGS de la région de Québec ont enregistré en 1998-1999 le plus grand nombre de patients sur civières des cinq dernières années dans leur salle d'urgence (86 752). Ce qui représente une hausse de plus de 4 000 patients par rapport à 1997-1998. Ils avaient déjà connu une hausse de cette ampleur en 1996-1997 suite au changement de mission de quatre établissements dans la région. Pour le Québec-métro, en 1996-1997, l'augmentation de l'achalandage s'était surtout produite pour les pavillons Saint-François d'Assise, Enfant-Jésus, Saint-Sacrement et pour l'Hôpital Laval. Cette même année, l'achalandage avait peu varié pour l'Hôtel-Dieu de Québec et le CHUL. Depuis ce temps, l'achalandage a augmenté progressivement au CHUL et a continué d'augmenter à Saint-François d'Assise et à l'Enfant-Jésus. Pendant ce temps, il a légèrement diminué à Saint-Sacrement et est demeuré stable à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôpital Laval.

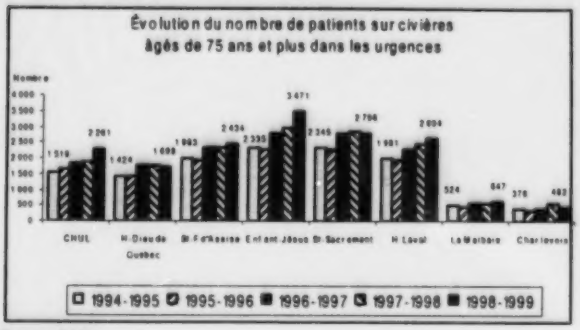
En 1998-1999, les urgences des pavillons CHUL et Enfant-Jésus étaient les plus achalandées avec respectivement 19 730 et 19 084 patients sur civières. Suivent Saint-François d'Assise, l'Hôpital Laval, l'Hôtel-Dieu de Québec, Saint-Sacrement, St-Joseph de la Malbaie et Charlevoix. Les trois pavillons du CHUQ ont reçu 50 % de tous les patients sur civières dans les CHSGS de la région de Québec; les deux pavillons du CHA 32 %, l'Hôpital Laval 11 % et les deux autres établissements 7 %. Précisons que trois établissements modifiés (Hôpital Sainte-Anne-de- Beaupré, Hôpital Jeffery Hale et Centre hospitalier Chauveau) ont conservé leur salle d'urgence. En 1998-1999, ces trois établissements ont reçu 9 150 patients sur civières. Ce nombre de patients est demeuré relativement constant depuis 1996-1997. Ces établissements hospitalisent très peu de patients via leur salle d'urgence et lorsqu'il s'agit de cas plus graves, ceux-ci sont référés dans une autre salle d'urgence d'un CHSGS. Pour l'Hôpital Christ-Roi, celui-ci ne possède plus de salle d'urgence depuis le 1er avril 1996 et en 1995-1996, on y dénombrait 6 431 patients sur civières.

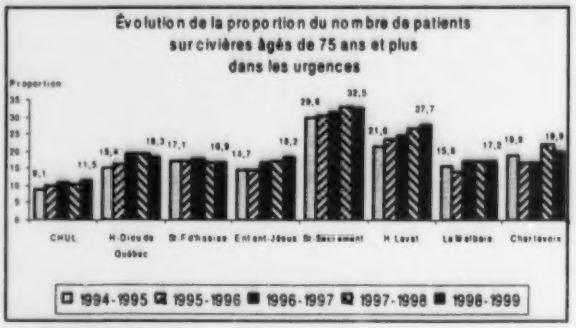
Explications

Le changement de mission de quatre établissements en avril 1996 a entraîné une redistribution des clientèles dans les salles d'urgence des CHSGS. De plus, le vieillissement de la population, des conditions particulières liées à l'état de santé de la population, l'organisation des soins et des services de santé sont autant de facteurs pouvant contribuer à une augmentation du nombre de patients sur civières. L'évolution du nombre de patients sur civières doit faire l'objet d'une surveillance attentive puisque toute augmentation peut signifier également une hausse de patients hospitalisés via la salle d'urgence. Une bonne planification des admissions électives, par exemple, les chirurgies effectuées le jour de l'admission et l'organisation des soins à domicile dès l'admission, pourra contribuer à assurer une disponibilité adéquate de lits pour ce type d'hospitalisation.

[15] Les données proviennent du Registre des patients sur civières dans les salles d'urgence (J56). On étudie uniquement les établissements qui étaient des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) lors de l'année financière 1997-1998. Il s'agit des trois établissements du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) : le Pavillon Hôtel-Dieu de Québec, le Pavillon CHUL et le Pavillon Saint-François d'Assise, des deux établissements du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) : le Pavillon Enfant-Jésus et le Pavillon Saint-Sacrement, de l'Hôpital Laval, du Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et du Centre hospitalier de Charlevoix. Un patient transféré d'une salle d'urgence à une autre est dénombré deux fois dans le registre de la clientèle. Deux établissements dans la région de Portneuf ont une salle d'urgence, mais les visites dans ces salles d'urgence ne sont pas déclarées dans le registre des patients sur civières dans les salles d'urgence (J56).

NOMBRE ET PROPORTION DU NOMBRE DE PATIENTS SUR CIVIÈRES ÂGÉS DE 75 ANS ET PLUS DANS LES URGENCES DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[18]





Constats

Les CHSGS de la région de Québec ont enregistré, en 1998-1999, le plus grand nombre de patients sur civières âgés de 75 ans et plus des cinq dernières années dans leur salle d'urgence, soit 16 393. Ce nombre représente une hausse de près de 1 000 patients âgés de 75 ans et plus par rapport à 1997-1998. Sachant que l'achalandage, pour toute clientèle, a connu une hausse de plus de 4 000 patients en 1998-1999, nous constatons que la clientèle âgée de 75 ans et plus a contribué à 25 % de cette augmentation (1 000/4 000). Depuis 1995-1996, pour l'ensemble des CHSGS de la région de Québec, on observe une augmentation du nombre et de la proportion du nombre de patients sur civières âgés de 75 ans et plus.

En 1998-1999, près de 20 % des patients sur civières étaient des personnes âgées de 75 ans et plus. Ce sont dans l'ordre les pavillons Enfant-Jésus, Saint-Sacrement et l'Hôpital Laval qui reçoivent le plus grand nombre de patients sur civières de ce groupe d'âges. En outre, précisons que ce sont le Pavillon Saint-Sacrement et l'Hôpital Laval qui présentent les plus grandes proportions du nombre de patients sur civières âgés de 75 ans et plus avec des pourcentages de 32,5 % et de 27,7 % respectivement.

Explications

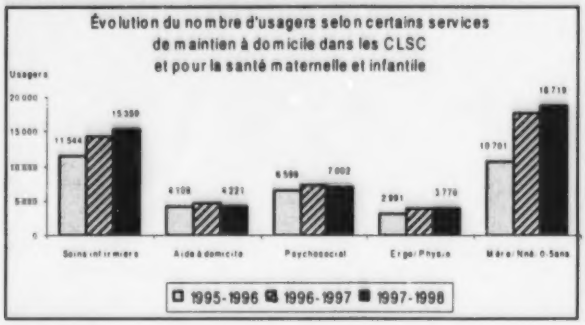
Le nombre croissant de patients sur civières âgés de 75 ans et plus est en partie attribuable au vieillissement de la population. Cette hausse s'accompagne également d'une augmentation de la proportion du nombre de patients sur civières âgés de 75 ans et plus. Cet indicateur témoigne de la pression exercée sur le fonctionnement de l'urgence et de l'hôpital de même que de la fréquente nécessité de recourir à des ressources alternatives à l'hospitalisation (maintien à domicile, lits de répit, etc.) et à des ressources d'hébergement. L'approche gériatrique doit être bien implantée dans tous les sites, particulièrement dans ceux qui desservent une forte concentration de personnes âgées de 75 ans et plus.

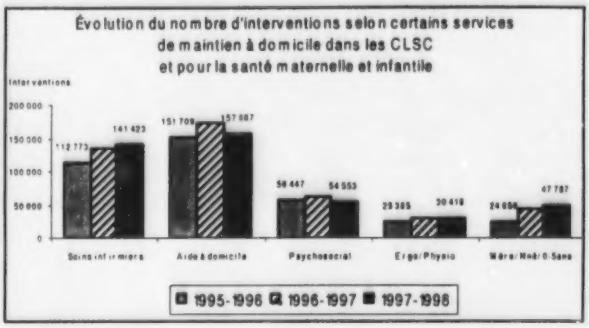
La forte proportion du nombre de patients sur civières âgés de 75 ans et plus pour le Pavillon Saint-Sacrement peut s'expliquer par le fait que la proportion de la population âgée de 75 ans et plus dans le territoire du district du CLSC Haute-Ville est trois fois plus élevée que celle de la région et cette population a plutôt recours aux services du Pavillon Saint-Sacrement. Pour l'Hôpital Laval, cette forte proportion s'explique par le fait que les secteurs de pointe en pneumologie et en cardiologie de cet Hôpital s'adressent à une clientèle plus âgée chez laquelle ce type de problème est plus fréquent.

---

[18] Les données proviennent du Registre des patients sur civières dans les salles d'urgence (J56). On étudie uniquement les établissements qui étaient des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) lors de l'année financière 1997-1998. Il s'agit des trois établissements du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) : le Pavillon Hôtel-Dieu de Québec, le Pavillon CHUL et le Pavillon Saint-François d'Assise, des deux établissements du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) : le Pavillon Enfant-Jésus et le Pavillon Saint-Sacrement, de l'Hôpital Laval, du Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et du Centre hospitalier de Charlevoix. Un patient transféré d'une salle d'urgence à une autre est dénombré deux fois dans le registre de la clientèle.

NOMBRE D'USAGERS ET NOMBRE D'INTERVENTIONS RELIÉS AUX SERVICES DE BASE DU PROGRAMME DE MAINTIEN À DOMICILE ET POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE DANS LES CLSC DE LA RÉGION DE QUÉBEC[17]





Constats

On observe, depuis 1995-1996 dans les CLSC de la région de Québec, une augmentation du nombre d'usagers dans tous les services de base de maintien à domicile. L'augmentation est de 33 % pour les soins infirmiers, de 26 % pour les services spécialisés d'ergothérapie et de physiothérapie, de 6 % pour les services psychosociaux et de 3 % pour les services d'aide à domicile. L'augmentation s'est surtout produite entre 1995-1996 et 1996-1997. De plus, le nombre d'usagers pour la santé maternelle et infantile (nouveau-nés et 0-5 ans) a lui aussi augmenté de 75 % depuis 1995-1996.

On observe aussi, depuis 1995-1996, une augmentation dans le nombre d'interventions pour tous les services de base de maintien à domicile sauf pour les services psychosociaux, où on observe une légère diminution de 3 %. Pour la santé maternelle et infantile, on observe également une augmentation du nombre d'interventions.

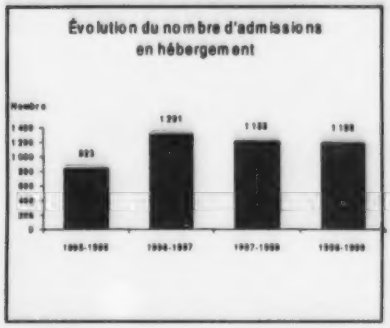
Explications

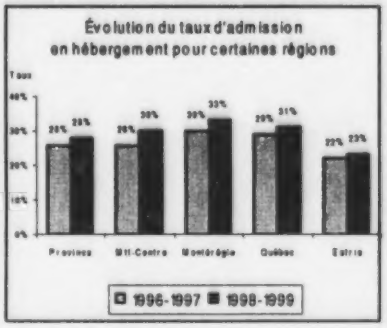
La hausse du nombre d'usagers depuis 1995-1996 dans les services de base de maintien à domicile est en lien direct avec les diminutions des durées de séjour en milieu hospitalier et avec l'augmentation des activités ambulatoires favorisées par le plan de Transformation. Ces effets se sont surtout faits sentir entre 1995-1996 et 1996-1997 suite à l'ajout de ressources humaines dans les CLSC. Il en va de même de la hausse en santé maternelle et infantile, liée aux mesures prises dans le plan de Transformation pour assurer le suivi de la mère et de l'enfant en post-accouchement.

Précisons que pour les services d'aide à domicile, le nombre d'interventions est sous-estimé car certains CLSC recourent à l'allocation directe (un montant d'argent est attribué directement au client qui gère lui-même les services d'aide) pour répondre aux besoins des clientèles en perte d'autonomie. Enfin, des CLSC achètent des services de soins infirmiers et d'aide à domicile et, dans ce cas, le nombre d'interventions n'est pas comptabilisé.

[17] Les données proviennent du Système d'information clientèle des CLSC pour les périodes financières 1995-1996 à 1997-1998. Les unités de mesure utilisées sont le nombre d'usagers et le nombre d'interventions. Une intervention comprend l'ensemble des actions posées auprès d'un usager ou de toute personne en relation avec lui lors d'une rencontre, d'une visite à domicile ou d'une communication téléphonique. Les centres d'activité retenus sont : les soins infirmiers à domicile, l'aide à domicile, les services psychosociaux et spécialisés (ergothérapie et physiothérapie) à domicile et la santé maternelle et infantile. Pour une analyse plus complète et selon les territoires de CLSC pour les deux dernières années, on peut consulter le document « Suivi des services de base en santé physique et au programme de maintien à domicile dans les CLSC de la région de Québec. Comparatif entre les années 1996-1997 et 1997-1998 » Direction de l'organisation des services, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 17 mars 1999.

NOMBRE D'ADMISSIONS[18], TAUX D'ADMISSION[19] ET TAUX D'ÉQUIVALENTS-LITS UTILISÉS[20] EN HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE DANS LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

En 1998-1999, on observe 1 186 admissions en hébergement et soins de longue durée dans la région de Québec, ce qui représente une augmentation de 44 % par rapport à 1995-1996. De plus, pour la région de Québec comme pour les autres régions, le taux d'admission augmente depuis 1996-1997 pour se situer à 31 % en 1998-1999 pour notre région. Cette valeur se compare à celle de la région de Montréal-Centre (30 %) et est légèrement supérieure à celle de la province (28 %).

Pour la région de Québec, en 1997-1998, on observe un taux d'équivalents-lits utilisés de 47 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus. Ce taux se situe entre la valeur provinciale (44/1 000) et celle de la région de Montréal-Centre (51/1 000). Pour chacune des régions et la province, on observe une tendance à la baisse dans ce taux d'équivalents-lits utilisés par rapport à 1996-1997.

Explications

Pour la région de Québec, le changement de mission de certains établissements et un ajout de lits d'hébergement ont entraîné une augmentation importante des admissions en 1996-1997. Toutefois, le taux d'admission en hébergement et soins de longue durée ainsi que le taux d'équivalents-lits pour 1 000 de la région de Québec se comparent à ceux de la province et des autres régions.

Pour le taux de lits utilisés pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, le MSSS envisage une révision à la baisse pour les prochaines années (entre 35 et 42 équivalents-lits pour 1 000). Toutefois, il tiendra compte du vieillissement accentué de certaines populations régionales, telle que celle de la région de Québec, et convient que des cibles régionales puissent se différencier de la cible provinciale. Il importe donc de rester vigilant de manière à suivre la baisse ou la hausse des besoins de lits d'hébergement.

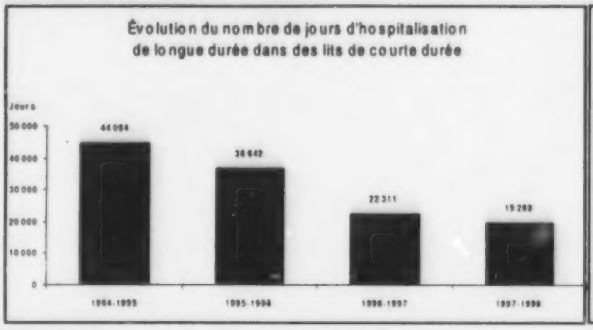
---

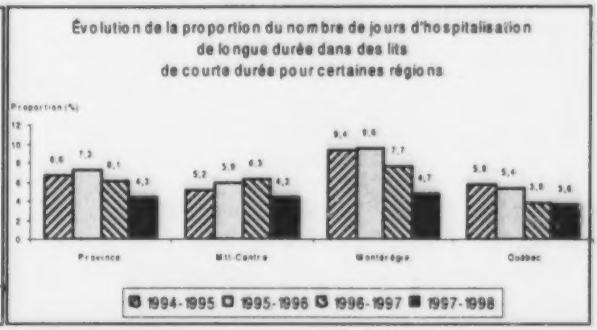
18 Il s'agit du nombre annuel d'admissions dans une ressource d'hébergement et soins de longue durée incluant les admissions dans les CHSLD (centres d'hébergement de soins de longue durée) publics et privés conventionnés, les pavillons d'hébergement ainsi que les admissions dans les anciennes USLD (unités de soins de longue durée) dans les CHSGS maintenant appelés lits d'hébergement transitoire et les résidences d'hébergement (il s'agit donc de l'ensemble des admissions parmi tous les lits au permis peu importe la ressource d'hébergement). Ce nombre ne tient pas compte des transferts entre les ressources d'hébergement.

19 On parle d'un taux mais il s'agit de la proportion du nombre d'admissions au cours d'une année dans une ressource d'hébergement et soins de longue durée sur le nombre de lits gérés par le système régional d'orientation-admission (PECA).

20 Le taux d'équivalents-lits est le nombre de lits utilisés en hébergement et soins de longue durée sur la population âgée de 65 ans et plus dans le territoire étudié. Plus précisément, il s'agit du nombre de jours présence (nombre d'admissions multiplié par la durée de séjour) divisé par 357,7 jours, soit 365 jours multiplié par un taux d'occupation de 98 % (365 * 0,98).

NOMBRE[21] ET PROPORTION[22] DU NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION EN LONGUE DURÉE DANS DES LITS DE SOINS DE COURTE DURÉE EN SANTÉ PHYSIQUE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Le nombre de journées d'hospitalisation en santé physique pour l'usager nécessitant d'autres types de soins (longue durée) et occupant un lit de courte durée, a baissé de plus de 56 % entre 1994-1995 et 1997-1998 dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Québec. En 1997-1998, ce nombre de journées d'hospitalisation est de 19 269, ce qui correspond à l'équivalent de 53 lits de soins de courte durée occupés pour des soins de longue durée pour l'ensemble des CHSGS de la région de Québec (19 269 jours d'hospitalisation/365 jours).

La proportion du nombre de journées d'hospitalisation de longue durée par rapport au nombre total de journées d'hospitalisation en santé physique a aussi beaucoup diminué dans les CHSGS de la région. En 1997-1998, cette proportion est de 3,6 %, la plus faible depuis les quatre dernières années. Ce constat est semblable pour les autres régions et la province.

Explications

La disponibilité accrue de ressources d'hébergement publiques et privées en 1995-1996 ainsi que des ressources de maintien à domicile ont pu contribuer à diminuer les jours d'hospitalisation en longue durée dans les lits de courte durée. L'objectif provincial est de diminuer, voire d'éliminer complètement dans un avenir rapproché ces jours hospitalisation en longue durée dans des lits de courte durée de santé physique.

---

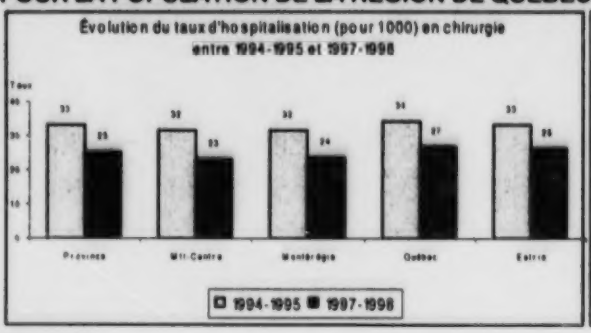
21 On mesure le nombre et la proportion du nombre de journées d'hospitalisation en médecine et en chirurgie à partir du moment où les usagers occupant des lits de santé physique ne requièrent plus des soins généraux et spécialisés mais d'autres types de soins tout en occupant encore un lit de courte durée (**code 3** de la variable CODE DU MÉDECIN dans le fichier MED-ÉCHO). Par la suite, on ramène les jours d'hospitalisation en équivalents-lits. Le nombre de patients occupant un lit d'hébergement transitoire dans les CHSGS n'est pas comptabilisé dans ce calcul.

22 Lorsqu'on compare cette proportion entre les établissements d'une région à l'autre, on doit interpréter les résultats avec prudence. Ce ne sont pas tous les établissements de la province qui utilisent la variable CODE DU MÉDECIN pour définir qu'un patient devient la responsabilité d'un médecin en soins de longue de durée tout en occupant un lit de courte durée physique. De plus, nous ne savons pas si les critères utilisés pour déclarer un patient en attente de prise en charge par un autre réseau de services sont uniformes d'un établissement à l'autre. Les données sont présentées afin de comparer les tendances plutôt que la valeur exacte entre les établissements des régions.

ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES POUR LA POPULATION

Questions	*Réponses*
a- Avec le virage ambulatoire ainsi que les nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques, a-t-on diminué le taux d'hospitalisation et la durée moyenne des séjours en soins de courte durée en santé physique? (fiches 12, 13 et 17)	*Oui. La région de Québec suit les mêmes tendances que la province et les autres régions quant à la diminution des taux d'hospitalisation et des durées moyennes de séjour en chirurgie, médecine et en obstétrique et soins aux nouveau-nés.*
b- La baisse générale des hospitalisations s'est-elle réalisée sans affecter l'accès aux hospitalisations pour les cas les plus sévères? (fiche 14)	*Oui. En 1997-1998, le pourcentage d'hospitalisation pour des cas graves en chirurgie et en médecine était de 14,2 % et de 21,9 %. Une augmentation par rapport à 1994-1995.*
c- Dans un contexte visant une meilleure utilisation des services hospitaliers, le taux d'intervention chirurgicale dite discrétionnaire est-il demeuré stable ou a-t-il diminué? (fiche 15)	*Par rapport à 1994-1995, les taux d'hystérectomie, d'amygdalectomie et d'hémorroïdectomie ont légèrement diminué en 1997-1998. Les taux de cholécystectomie et d'adénoïdectomie sont, pour leur part, demeurés relativement stables.*
d- La baisse générale des hospitalisations s'est-elle réalisée sans affecter l'accès aux hospitalisations pour les interventions chirurgicales dites de haute intensité qui augmentent la qualité de vie chez les personnes âgées de 50 ans et plus? (fiche 16)	*Oui. Depuis 1994-1995, on note que le taux de pontage coronarien augmente. De plus, les taux d'interventions du remplacement total de la hanche, d'autres arthroplasties de la hanche et du remplacement total du genou sont demeurés relativement constants dans le temps.*
e- Comment évolue le taux d'hospitalisation et la durée des séjours en courte durée pour les troubles mentaux? (fiche 18)	*Depuis 1994-1995, on note une diminution de 8 % dans le taux d'hospitalisation (72 pour 10 000 en 1997-1998) et de 18 % dans la durée moyenne de séjour (26,5 jours en 1997-1998).*
f- Le taux d'équivalents-lits pour 1 000 de population en santé physique se rapproche-t-il de l'objectif provincial fixé par le Ministère pour la population de la région de Québec? (fiche 19)	*Oui. Le plan de Transformation des soins et services de santé mis en place en 1994-1995 a contribué à l'atteinte de l'objectif de deux équivalents-lits pour 1 000 habitants en 1997-1998.*
g- Est-ce que la disponibilité pour certains services hospitaliers spécialisés en cardiologie tertiaire, pour les chirurgies cardiaques, en radio-oncologie et en orthopédie répond actuellement à la demande? (fiches 20, 21 et 22)	*Le délai moyen d'attente pour un cathétérisme ou une angioplastie demeure encore élevé. Et en radio-oncologie, certains délais d'attente dépassent la norme établie. Des mesures ont été prises afin de corriger la situation.*
h- Avec l'adoption du virage ambulatoire, a-t-on augmenté le recours à la chirurgie d'un jour pour se rapprocher de l'objectif provincial fixé par le Ministère? (fiche 23)	*Oui. Pour la population de la région de Québec, le nombre et la proportion du nombre de chirurgies d'un jour ont augmenté. En 1997-1998, cette proportion est de 55 %. La norme est aux alentours de 60 %.*
i- Les CHSGS respectent-ils les normes du MSSS pour la proportion de leurs patients sur civières avec séjour excessif à l'urgence? (fiche 24)	*Oui pour la proportion du nombre de patients sur civières avec séjour de 24 heures ou plus (moins de 15 %) pour tous les CHSGS alors qu'un seul milieu dépasse la norme pour le séjour de 48 heures ou plus (moins de 2 %).*
j- Les CHSGS respectent-ils la nouvelle norme du MSSS (moins de 12 heures) pour les délais d'attente des patients sur civières à la salle d'urgence des CHSGS et qui doivent être hospitalisés? (fiche 25)	*On constate qu'en 1998-1999, pour les patients sur civières hospitalisés, quatre milieux ont un séjour moyen supérieur à la norme (moins de 12 heures).*
k- La consolidation des ressources d'hébergement et la capacité accrue du maintien à domicile ont-elles contribué à diminuer le nombre de personnes en attente d'hébergement? (fiche 26)	*Oui. Le nombre de personnes en attente pour une place d'hébergement et de soins de longue durée dans la région de Québec a diminué de 31 % depuis 1995-1996 pour se situer à 252 en 1998-1999. Le délai d'attente est identique à la valeur provinciale soit 47 jours.*
l- Les signalements retenus par le Centre jeunesse de Québec font-ils l'objet d'un premier contact rapidement. (fiche 27)	*Oui. On observe aucun délai d'attente pour les signalements jugés prioritaires en 1997-1998.*

TAUX D'HOSPITALISATION[23] ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR[24] EN CHIRURGIE POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC[25]



Constats

Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe une diminution du taux d'hospitalisation en chirurgie depuis 1994-1995. En 1997-1998, le taux d'hospitalisation de la région de Québec est de 27 pour 1 000 de population. Ce taux est légèrement supérieur à celui de la province (25/1 000). Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) en chirurgie. En 1997-1998, la DMS de la région de Québec (8,3 jours) est légèrement inférieure à celle de la province (8,6 jours) (voir aussi annexe : tableaux 6 et 7).

La diminution des hospitalisations dans la région de Québec s'observe pour chacun des sept territoires locaux étudiés. On constate que les territoires qui avaient le taux d'hospitalisation le plus élevé en 1994-1995, ceux de Charlevoix, de Québec-Centre et de Portneuf, sont encore les territoires où le taux d'hospitalisation en 1997-1998 est le plus élevé, 32/1 000, 29/1 000 et 29/1 000 respectivement. Le territoire avec le plus faible taux d'hospitalisation conserve cette caractéristique en 1997-1998, soit celui de Ste-Foy/Sillery avec un taux de 23/1 000. Pour les quatre autres territoires, le taux d'hospitalisation se rapproche de la valeur régionale, soit près de 27/1 000 (voir annexe : tableaux 8 et 9).

Explications

La région de Québec suit les mêmes tendances que la province et les régions étudiées quant à la diminution du taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour en chirurgie. Lorsqu'on compare le taux provincial d'hospitalisation à celui de la région de Québec, on doit se rappeler que le taux provincial est sous-estimé par rapport au taux réel d'hospitalisation de la population québécoise. En effet, le mode de calcul ne tient pas compte de la population québécoise qui consomme des services dans d'autres provinces. Un bulletin d'information produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux estimait celle-ci à plus de 163 129 personnes en 1996-1997, ce qui représente 2,2 % de la population québécoise. Conséquemment, le taux provincial est sous-estimé pour au moins l'équivalent de cette valeur. Par contre, la faible consommation hors-province de la population de la région de Québec (0,7 %) signifie que le taux calculé pour la région est très près de la réalité.

L'analyse par territoire local de la région de Québec nous indique que, malgré la diminution de lits et des hospitalisations en chirurgie, le profil d'utilisation des services hospitaliers pour les résidents est demeuré le même dans le temps. Tous les territoires ont moins d'hospitalisations mais les territoires ayant un taux d'hospitalisation plus élevé avant la Transformation demeurent avec un taux d'hospitalisation plus élevé en 1997-1998. Ainsi, on peut présumer que les changements induits par la Transformation du réseau n'ont pas affecté un territoire plus qu'un autre.

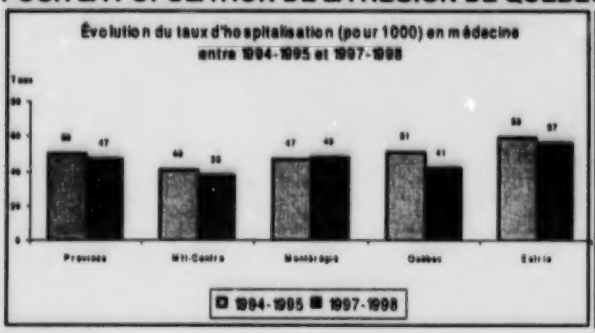
---

23 Le numérateur pour le calcul du taux provient du fichier APR-DRG (J57) et le dénominateur du fichier de projection de la population du BSQ. Les taux d'hospitalisation sont ajustés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997. Il s'agit d'hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée physique. Les hospitalisations dans les établissements psychiatriques et de réadaptation sont exclues. Les chirurgies avec séjour hospitalier de 24 heures ou moins ne sont pas considérées comme des hospitalisations mais comme des chirurgies d'un jour.

24 Le calcul de la durée moyenne de séjour inclut seulement la portion courte durée de l'épisode d'hospitalisation.

25 Pour les fins de la présente analyse on a regroupé les établissements territoriaux (CLSC ou CLSC-CHSLD) en sept territoires locaux selon l'appellation suivante : Portneuf (CLSC et CHSLD de Portneuf), Ste-Foy/Sillery (CSLC-CHSLD Sainte-Foy — Sillery — Laurentien), Québec-Centre (CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier et CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières), Loretteville/Val-Bélair (CLSC de la Jacques-Cartier), Beauport-Orléans (CLSC Orléans), Charlesbourg (CLSC La Source) et Charlevoix (CLSC Charlevoix).

TAUX D'HOSPITALISATION[26] ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR[27] EN MÉDECINE POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC



Constats

Pour la région de Québec, comme pour la province et la majorité des régions, on observe une diminution du taux d'hospitalisation en médecine depuis 1994-1995. En 1997-1998, le taux d'hospitalisation de la région de Québec est de 41 pour 1 000 de population. Ce taux est plus faible que celui de la province (47/1 000). Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) en médecine. En 1997-1998, la DMS de la région de Québec (8,5 jours) est supérieure à celle de la province (7,6 jours) (voir aussi annexe : tableaux 6 et 7).

La diminution des hospitalisations dans la région de Québec s'observe pour chacun des sept territoires locaux. On constate que les territoires qui avaient le taux d'hospitalisation le plus élevé en 1994-1995, ceux de Charlevoix et Québec-Centre conservent cette caractéristique en 1997-1998 avec des taux de 60/1 000 et 49/1 000 respectivement. En outre, les territoires qui avaient le plus faible taux d'hospitalisation conservent cette position en 1997-1998, soit ceux de Ste-Foy/Sillery et de Portneuf, avec des taux de 33/1 000 et 37/1 000 respectivement. Pour les trois autres territoires, le taux d'hospitalisation se rapproche de la valeur régionale (voir annexe : tableaux 8 et 9).

Explications

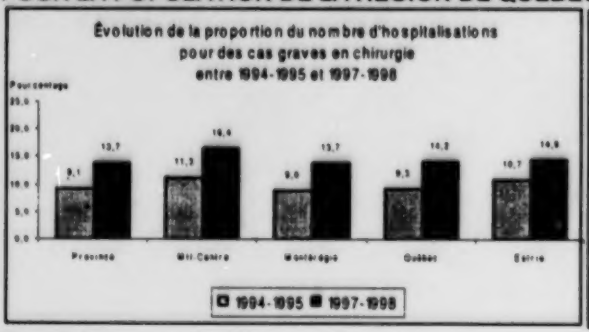
La région de Québec suit les mêmes tendances que la province et certaines régions quant à la diminution du taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour en médecine. Précisons qu'il existe un lien entre le taux d'hospitalisation et la DMS pour un territoire donné. On remarque qu'en 1997-1998, les deux régions ayant le plus faible taux d'hospitalisation, soit Montréal-Centre et Québec, possèdent la DMS la plus élevée. Ceci peut s'expliquer par le fait que si on hospitalise moins (par exemple suite à des alternatives ambulatoires), il se peut que les patients hospitalisés le soit pour des raisons plus complexes nécessitant un séjour plus long.

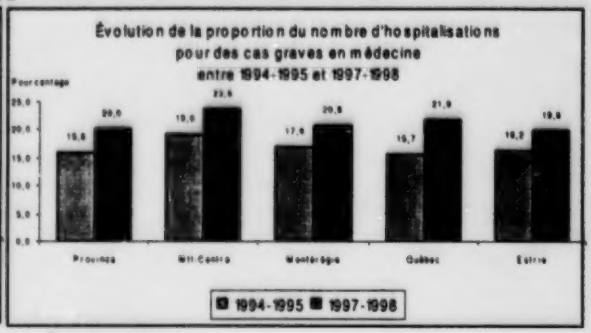
L'analyse par territoire local de la région de Québec indique que, malgré la diminution de lits et conséquemment des hospitalisations en médecine, le profil d'utilisation des services hospitaliers pour les résidents est demeuré le même dans le temps. Tous les territoires ont moins d'hospitalisations mais les territoires ayant un taux d'hospitalisation plus élevé avant la Transformation du réseau demeurent avec un taux d'hospitalisation plus élevé en 1997-1998. Ainsi, on peut présumer que les changements induits par la Transformation du réseau n'ont pas affecté un territoire plus qu'un autre.

[26] Le numérateur pour le calcul du taux provient du fichier APR-DRG (J57) et le dénominateur, du fichier de projection de la population du BSQ. Les taux d'hospitalisation sont ajustés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997. Il s'agit d'hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée physique. Les hospitalisations dans les établissements psychiatriques et de réadaptation sont exclues.

[27] Le calcul de la durée moyenne de séjour inclut seulement la portion courte durée de l'épisode d'hospitalisation.

PROPORTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS AVEC GRAVITÉ CLINIQUE ÉLEVÉE OU EXTRÊME (CAS GRAVES)[28] POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe une augmentation du pourcentage d'hospitalisation pour des cas graves en chirurgie et en médecine. En 1997-1998, le pourcentage d'hospitalisations pour des cas graves en chirurgie et en médecine pour la région de Québec était de 14,2 % et de 21,9 % respectivement. Ces pourcentages sont plus élevés que ceux de la province.

L'augmentation du pourcentage d'hospitalisation pour des cas graves s'accompagne aussi d'une augmentation du nombre et du taux d'hospitalisations. L'augmentation s'observe également pour chacun des sept territoires locaux de la région de Québec (voir annexe : tableaux 10 et 11).

Explications

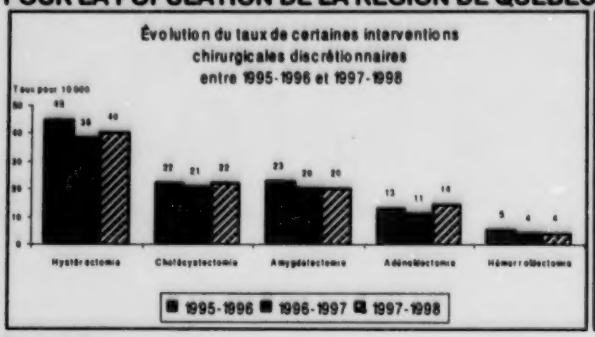
La région de Québec suit les mêmes tendances que la province et les autres régions quant à l'augmentation du pourcentage d'hospitalisation pour des cas graves en chirurgie et en médecine. De plus, l'analyse par territoire local nous indique que cette tendance s'y retrouve également.

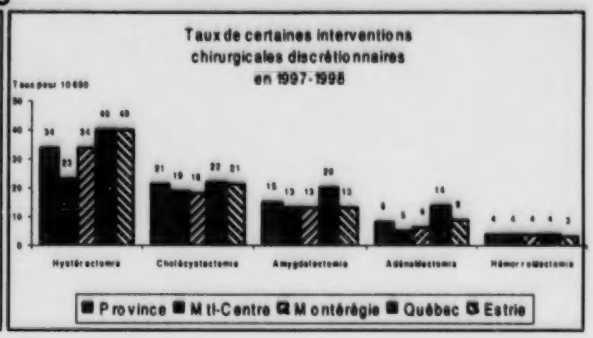
Avec la Transformation des services de santé, dont l'augmentation de la chirurgie d'un jour et le recours à des alternatives à l'hospitalisation, il faut s'attendre à une diminution des hospitalisations dont la gravité clinique est moins élevée. En effet, une partie de ces hospitalisations est maintenant transférée aux services externes ou ambulatoires. Il est donc possible d'avancer que la diminution des taux d'hospitalisation en chirurgie et en médecine constatée précédemment s'est produite surtout pour les cas moins graves, préservant ainsi l'accessibilité aux hospitalisations des cas dont la gravité clinique est plus élevée.

Par ailleurs, si la proportion de cas graves augmente dans le temps pour la chirurgie et la médecine, la durée moyenne de séjour, après avoir diminué dans les années 1994-1995 à 1997-1998 suite à l'amélioration des performances hospitalières, pourrait augmenter au cours des prochaines années, surtout si tous les objectifs de performance sont atteints.

[28] Le fichier APR-DRG (J57) permet de départager chaque hospitalisation selon le niveau de gravité clinique. Ce niveau est défini selon les diagnostics, les complications et les traitements reçus par le patient lors de son hospitalisation. Une hospitalisation peut être classée dans une des quatre sous-classes de gravité clinique suivantes : faible, modérée, élevée ou extrême. Pour la présente étude, les classes élevée et extrême ont été regroupées pour créer la catégorie d'hospitalisation « cas graves ». Le nombre d'hospitalisations de cas graves divisé par l'ensemble des hospitalisations constitue le pourcentage d'hospitalisation pour des cas graves. La validité de cette mesure dépend de la qualité de l'information dans le dossier médical et de la précision dans le codage de l'information dans le système MED-ÉCHO d'où provient le fichier APR-DRG.

TAUX DE CERTAINES INTERVENTIONS CHIRURGICALES DITES DISCRÉTIONNAIRES[29] POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC[30]





Constats

Par rapport à 1994-1995, pour la population de la région de Québec, les taux d'hystérectomie, d'amygdalectomie et d'hémorroïdectomie ont légèrement diminué en 1997-1998. Les taux de cholécystectomie et d'adénoïdectomie sont, pour leur part, demeurés relativement stables. Pour l'ensemble des interventions, les diminutions sont plutôt survenues entre 1995-1996 et 1996-1997.

En 1997-1998, le taux d'hystérectomie est identique à celui de l'Estrie (40/10 000 femmes) mais est supérieur à celui de la province (34/10 000). Le taux de cholécystectomie de la région de Québec (22/10 000) est semblable à celui de la province (21/10 000) mais est supérieur à celui de la Montérégie (18/10 000). Les taux d'amygdalectomie (20/10 000) et d'adénoïdectomie (14/10 000) de la région de Québec sont supérieurs à ceux de la province (respectivement 15/10 000 et 8/10 000) et des autres régions. Le taux d'hémorroïdectomie (4/10 000) est identique aux autres.

Les sept territoires locaux de la région de Québec, en 1997-1998, avaient un taux d'hystérectomie supérieur à la valeur provinciale. Pour les autres taux, on observe une grande variabilité entre les territoires. Par exemple, les taux de cholécystectomie des territoires de Portneuf et de Charlevoix sont les plus élevés, tandis que pour les autres, le taux est égal ou inférieur à celui de la région et même de la province pour certains. Pour le taux d'amygdalectomie, deux territoires ont une valeur inférieure à celle de la province, il s'agit de Ste-Foy/Sillery et de Charlevoix. Pour ces mêmes interventions, les autres territoires ont une valeur supérieure à celle de la province. Pour le taux d'adénoïdectomie, certains territoires ont une valeur inférieure à la région mais pour tous, elle est supérieure à celle de la province. Pour le taux d'hémorroïdectomie, certains territoires ont un taux légèrement inférieur ou supérieur à la valeur régionale (voir annexe : tableau 12).

Explications

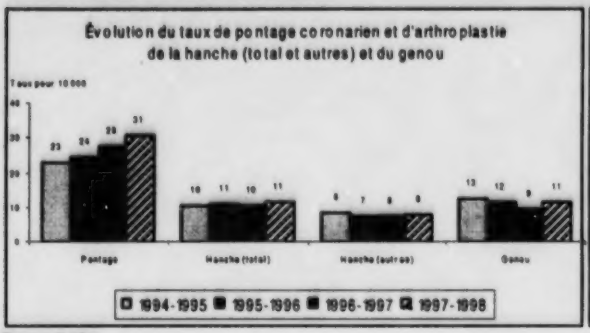
Dans un contexte visant une meilleure utilisation des services hospitaliers, on devrait s'attendre à ce que certaines interventions plus que d'autres diminuent ou à tout le moins, n'augmentent pas. La présente analyse confirme l'aspect discrétionnaire des interventions étudiées. Pour la région de Québec, même si on observe régionalement, depuis 1995-1996, une diminution ou une stabilité de quatre des cinq taux étudiés, on constate des différences avec les autres régions surtout pour l'hystérectomie, la cholécystectomie et l'adénoïdectomie. Comme les données 1998-1999 seront bientôt disponibles, il faudra vérifier si ces différences persistent et si oui, faire des analyses plus spécifiques afin de mieux documenter cette réalité.

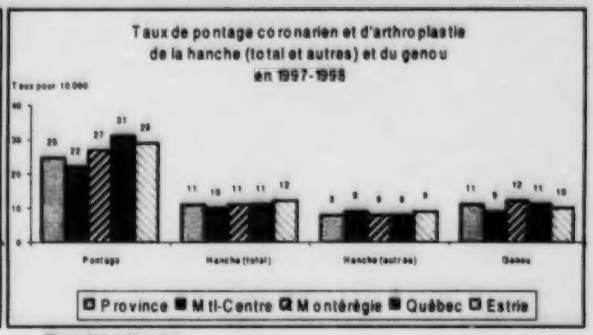
---

[29] Des chercheurs ont déjà démontré que le nombre et le taux des cinq interventions étudiées peuvent beaucoup varier d'une région ou d'un territoire à l'autre sans pour autant que ces variations soient entièrement attribuables à des facteurs relatifs à l'état de santé. Ces variations dépendraient, entre autres, du mode de pratique et de l'organisation des soins et services de santé d'un territoire.

[30] La source des données est le fichier APR-DRG. Les interventions effectuées en soins de courte durée et en soins d'un jour ont été retenues. Étant donné que certains établissements ne déclaraient pas leur chirurgie de jour en 1994-1995 et que la majorité des interventions discrétionnaires peuvent s'effectuer en chirurgie d'un jour, les résultats ne sont analysés qu'à partir de 1995-1996. Le nombre d'interventions est comptabilisé sur la base du code d'ACTE OPÉRATOIRE retenu par le logiciel GROUPER dans le fichier APR-DRG. La catégorie amygdalectomie peut ou non inclure une adénoïdectomie, tandis que la catégorie adénoïdectomie n'implique que cette intervention. Les taux sont standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997.

TAUX DE CERTAINES INTERVENTIONS CHIRURGICALES QUI AUGMENTENT LA QUALITÉ DE VIE (INTERVENTION DITE DE HAUTE INTENSITÉ)[31] CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 50 ANS ET PLUS DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Depuis 1994-1995, pour la population âgée de 50 ans et plus dans la région de Québec, on constate que le taux de pontage coronarien augmente dans le temps. De plus, on observe que les taux d'intervention des remplacements de la hanche et du genou sont demeurés relativement constants dans le temps.

En 1997-1998, le taux de pontage coronarien pour la région de Québec (31/10 000) est supérieur à celui de la province (25/10 000) et se compare à celui de l'Estrie. De plus, le taux de remplacement total de la hanche (11/10 000), le taux d'autres arthroplasties de la hanche (fémur ou acétabulum) (8/10 000) et le taux de remplacement total du genou (11/10 000) se comparent aux autres taux provinciaux et régionaux. Toutefois, le taux d'ablation du cristallin s'est considérablement élevé en 1997-1998 (187/10 000) par rapport aux années antérieures et il en est de même pour la province (voir annexe : tableau 13).

Pour les sept territoires locaux de la région de Québec, on constate aussi que les taux d'intervention pour ces procédures chirurgicales sont demeurés constants dans le temps ou ont augmenté pour certaines procédures (voir annexe : tableau 13).

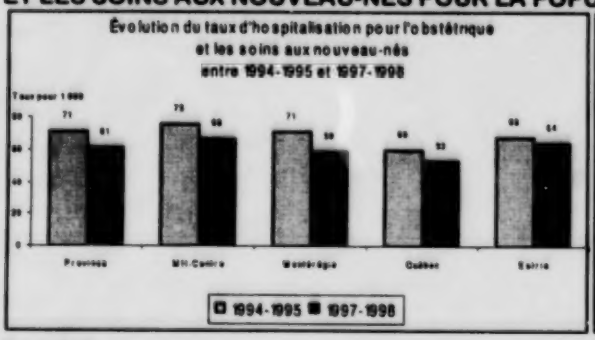
Explications

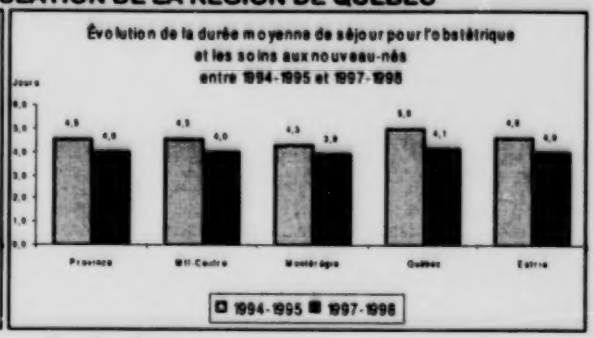
Le taux d'intervention pour ces procédures chirurgicales dites de haute intensité est étudié afin de s'assurer que, suite aux compressions budgétaires, celles-ci n'ont pas été rationnées puisqu'elles augmentent de façon importante la qualité de vie des personnes qui en bénéficient. Ces taux nous indiquent que l'accessibilité à ces interventions spécifiques demeure constante dans le temps malgré la réorganisation importante des soins et des services de santé en 1995-1996 et se compare au reste de la province. De plus, cette accessibilité est maintenue pour chacun des territoires locaux de la région.

---

31 La source des données est le fichier MED-ÉCHO. Les interventions effectuées en soins de courte durée et en soins d'un jour (pour l'ablation du cristallin) ont été retenues. Le nombre d' interventions est comptabilisé sur la base des variables traitement 1 à traitement 9. Pour un patient qui aurait eu deux interventions différentes lors d'une même hospitalisation, chacune de ces interventions a été comptabilisée dans sa catégorie. Les taux sont standardisés selon l'âge et le sexe de la population de 1997. On doit préciser que l'ablation du cristallin peut aussi s'effectuer, selon les régions et les modes de pratique, en clinique externe ou en clinique privée et non seulement dans un contexte hospitalier. Le taux d'intervention calculé à partir des données hospitalières (MED-ÉCHO) peut donc sous-estimer le taux réel d'ablation du cristallin (cataracte). C'est pourquoi on ne compare pas les taux entre les régions afin d'éviter des conclusions erronées sur des différences dans l'accessibilité à ce type d'intervention. Par contre, pour une même région, ce taux d'intervention hospitalière peut se comparer sur une courte période dans le temps.

TAUX D'HOSPITALISATION[32] ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR L'OBSTÉTRIQUE ET LES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe une diminution du taux d'hospitalisation en obstétrique et soins aux nouveau-nés. En 1997-1998, le taux d'hospitalisation de la région de Québec est de 53 pour 1 000 femmes âgées de 14 à 44 ans, ce qui représente une diminution de 12 % depuis 1994-1995. Ce taux est inférieur à celui de la province (61/1 000). Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe également une diminution de la durée moyenne de séjour en obstétrique et soins aux nouveau-nés. En 1997-1998, cette durée moyenne de séjour est de 4,1 jours pour la région de Québec et elle se rapproche de la valeur provinciale ainsi que de celle des autres régions.

La diminution des hospitalisations dans la région de Québec s'observe pour chacun des territoires locaux. En 1997-1998, les taux d'hospitalisation les plus élevés se retrouvent dans les territoires de Lorretteville/Val-Bélair (65/1 000) et de Charlevoix (63/1 000). Le territoire où le taux est le plus bas est celui de Ste-Foy/Sillery (41/1 000). Pour les autres, le taux d'hospitalisation est semblable à la valeur régionale (voir annexe : tableaux 8 et 9).

Explications

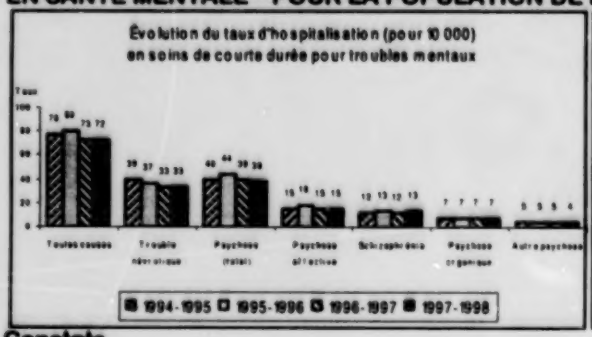
La région de Québec suit les mêmes tendances que la province et les autres régions quant à la diminution du taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour en obstétrique et soins aux nouveau-nés. La diminution du taux d'hospitalisation est attribuable à la baisse du taux de natalité que l'on observe dans l'ensemble du Québec. Pour la région de Québec, cette diminution est de 12 % depuis 1994-1995, ce qui correspond précisément à une diminution de 12 % du taux de natalité depuis 1994-1995.

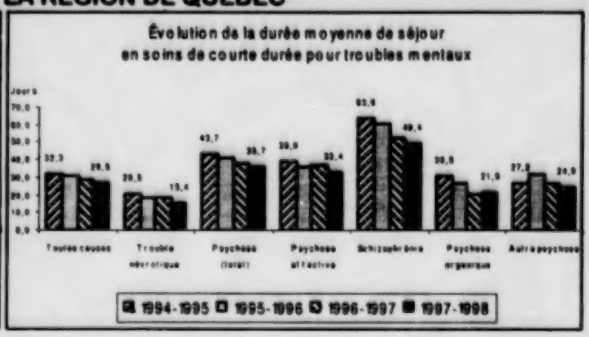
De plus, les mesures du virage ambulatoire ont contribué à diminuer d'une journée le séjour hospitalier pour les femmes en obstétrique et pour les nouveau-nés nécessitant des soins particuliers. C'est la région de Québec qui a fait le plus de gains. En 1994-1995, elle se retrouvait parmi les régions possédant une durée moyenne de séjour plus élevée alors qu'en 1997-1998, elle se compare aux autres régions.

---

[32] Le numérateur pour le calcul du taux provient du fichier APR-DRG (J57). Il est constitué du nombre d'hospitalisations en obstétrique chez les femmes âgées de 14 à 44 ans et du nombre de nouveau-nés qui reçoivent des soins particuliers. On ne tient pas compte des nouveau-nés normaux qui occupent un berceau. Le dénominateur pour le calcul du taux comprend les femmes âgées de 14 à 44 ans et il s'agit d'un taux brut.

TAUX D'HOSPITALISATION[33] ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE EN SANTÉ MENTALE[34] POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Pour la population de la région de Québec, depuis 1994-1995, on observe une diminution de 8 % dans le taux d'hospitalisation en soins de courte durée en santé mentale. Ce taux se situe à 72/10 000 en 1997-1998. Cette diminution est significativement attribuable à la diminution du taux d'hospitalisation pour trouble névrotique. Pour le diagnostic de psychose, le taux d'hospitalisation est demeuré relativement constant à la fois pour l'ensemble des psychoses et pour chacun des sous-ensembles de diagnostic. Le taux d'hospitalisation est significativement plus élevé pour la catégorie *psychose* que pour *trouble névrotique* : en 1997-1998, leur taux est de 38/10 000 et 33/10 000 respectivement. Le taux d'hospitalisation pour *psychose affective* est légèrement supérieur à celui pour *schizophrénie*.

Depuis 1994-1995, la durée moyenne de séjour en soins de courte durée en santé mentale a diminué de plus de 18 % pour se situer à 26,5 jours en 1997-1998. Cette diminution vaut autant pour les troubles névrotiques que pour les psychoses. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour est plus élevée pour les psychoses que pour les troubles névrotiques : en 1997-1998, cette moyenne était de 35,7 jours pour *psychose* et 15,4 jours pour *trouble névrotique*. Dans la catégorie *psychose*, c'est le diagnostic de schizophrénie qui présente le plus long séjour moyen (49,4 jours).

L'analyse par territoire local indique également une diminution du taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour en santé mentale. En 1997-1998, le taux d'hospitalisation est le plus élevé pour Québec-Centre (120/10 000) et Charlevoix (91/10 000). Pour les autres territoires, le taux se situe en bas du taux régional (72/10 000). Pour la durée moyenne de séjour, c'est le territoire de Beauport/Orléans qui a la valeur la plus élevée (31 jours) et Charlevoix, la plus faible (16 jours). Pour les autres territoires, la valeur est semblable à la région (27 jours) (voir annexe : tableaux 14 et 15).

Explications

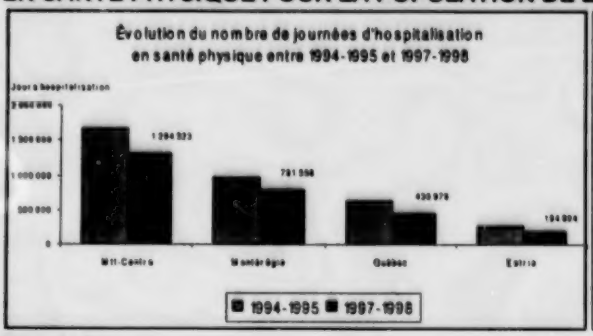
Même si certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques peuvent expliquer en partie les différences observées entre les territoires locaux, d'autres travaux sont présentement en cours afin de dégager une série d'indicateurs propres à la réalité de la santé mentale et compléteront le présent suivi.

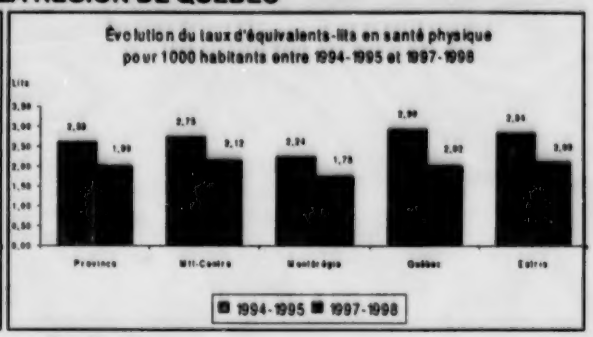
---

[33] Les données proviennent du fichier MED-ÉCHO et comprennent les hospitalisations dans les CHSGS de la région de Québec et ailleurs dans la province ainsi que dans les établissements psychiatriques (Centre hospitalier Robert-Giffard, Pavillon Roy-Rousseau et Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec) pour la région de Québec. Les données sont traitées que pour la région de Québec et ses territoires locaux. Les taux sont standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997 (selon les projections du BSQ).

[34] Selon la classification internationale des maladies (CIM-9) rubrique V (troubles mentaux) : les codes 290 à 319. Les causes d'hospitalisation comprennent tous les âges (enfants et adultes) et ont été regroupées en catégories : *toutes causes* (incluant trouble névrotique, psychose et retard mental), *trouble névrotique* (incluant les troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques) et *psychose* (incluant la psychose affective, la schizophrénie, la psychose organique et autre psychose). Par ailleurs, la catégorie *psychose* a été divisée en quatre sous-ensembles : *psychose affective* (ex. : psychose maniaque dépressive), *schizophrénie*, *psychose organique* (ex. : démence, alcoolique ou drogue), *autre psychose*. Précisons que cette classification des troubles mentaux correspond aux catégories majeures de diagnostic (CMD) 19 : troubles mentaux et troubles du comportement et CMD 20 : troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool et drogue) qui se retrouvent dans le fichier APR-DRG.

NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION[35] ET TAUX D'ÉQUIVALENTS-LITS[36] EN SANTÉ PHYSIQUE POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Pour la région de Québec, comme pour les autres régions, on observe une diminution des journées d'hospitalisation en santé physique. Étant donné que le nombre de journées d'hospitalisation varie selon la taille de la population d'une région et afin de faciliter les comparaisons d'une région à l'autre, le taux d'équivalents-lits est utilisé.

Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe une diminution du taux d'équivalents-lits utilisés depuis 1994-1995. En 1997-1998, le taux d'équivalents-lits pour la région de Québec est de 2,02 pour 1 000. Ce taux est très près de la valeur provinciale (1,99) et est comparable aux autres régions. Ainsi, la région a atteint la norme de deux équivalents-lits pour 1 000 habitants en santé physique fixée par le MSSS.

Explications

Pour la région de Québec, le plan de Transformation des soins et services de santé mis en place en 1994-1995 a contribué à l'atteinte de l'objectif provincial de deux équivalents-lits pour 1 000 habitants.

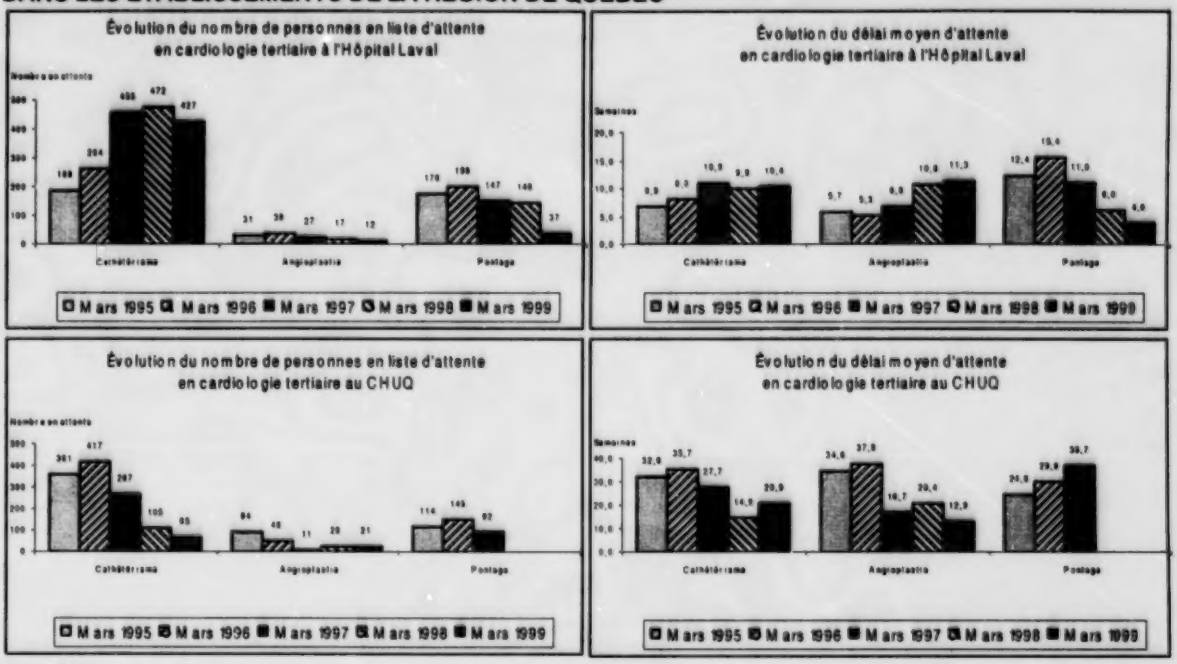
Dans les années futures toutefois, cet objectif devra être révisé pour la région de Québec afin de déterminer si cette norme est toujours adéquate. En effet, la norme provinciale d'équivalents-lits, directement reliée au nombre d'hospitalisations et à la durée des séjours, est calculée sur la base de la structure d'âge de la province : plus une population est âgée plus grand sera le nombre d'hospitalisations. Ainsi, les dernières analyses tirées des prévisions démographiques du Bureau de la statistique du Québec prévoient que la région de Québec connaîtra un vieillissement plus accentué de sa population que la province. Des travaux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec annoncent un accroissement du taux régional d'hospitalisation de 2,5 % suite au vieillissement de sa population, comparativement à 2,0 % pour la province. Cette observation suggère que l'objectif concernant le taux d'équivalents-lits devrait être reformulé en tenant compte des changements démographiques qui influenceront la consommation des services hospitaliers jusqu'en 2001-2002.

---

35 Les journées d'hospitalisation en santé physique sont le produit du nombre d'hospitalisations par la durée d'hospitalisation pour les domaines de la chirurgie et de la médecine ainsi que des hospitalisations en obstétrique et celles des nouveau-nés, excluant ceux en bonne santé. Le calcul des journées d'hospitalisation pour la chirurgie et la médecine tient compte des hospitalisations des usagers recevant des soins de longue durée dans des lits de soins de courte durée. En 1997-1998, pour la région de Québec tout comme pour la province, ces journées d'hospitalisation représentaient moins de 5 % de l'ensemble.

36 Le concept d'équivalents-lits utilisés traduit une approximation du nombre de lits utilisés en santé physique pour 1 000 habitants. Le calcul se fait à partir des jours d'hospitalisation divisés par 365 jours. Les lits disponibles n'étant pas occupés à 100 % tout au long d'une année, on applique un pourcentage d'utilisation ou d'occupation de 90 % suggéré par le MSSS. Le calcul du nombre d'équivalents-lits s'effectue de la manière suivante : nombre de journées d'hospitalisation / (365 jours*0,90). Le nombre d'équivalents-lits est ensuite divisé par la taille de la population et multiplié par 1 000. On obtient ainsi une mesure au prorata des populations permettant de comparer une région à l'autre.

NOMBRE DE PERSONNES EN LISTE D'ATTENTE ET DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE ET CHIRURGIE CARDIAQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[37]



Constats

En mars 1999, pour l'Hôpital Laval, le nombre de personnes en liste d'attente pour un cathétérisme a diminué pour la première fois en cinq ans. Quant au délai moyen d'attente, il oscille entre 10 et 11 semaines depuis les trois dernières années. Pour le CHUQ, la diminution du nombre de personnes en liste d'attente pour un cathétérisme, qui s'était déjà amorcée en 1996, s'est poursuivie jusqu'en 1998-1999. Par contre, le délai moyen d'attente pour cette intervention, qui diminuait aussi depuis 1996, semble avoir augmenté pour se situer à près de 21 semaines en mars 1999.

En mars 1999, pour l'Hôpital Laval, le nombre de personnes en liste d'attente pour une angioplastie a poursuivi sa diminution déjà amorcée en 1996. Pour ce qui est du délai moyen d'attente, à l'inverse du nombre, il augmente depuis 1996 pour se situer à 11 semaines en mars 1999. Pour le CHUQ, le nombre de personnes en liste d'attente pour un angioplastie fluctue entre 10 et 30 depuis les trois dernières années. Par contre, le délai moyen d'attente a atteint la valeur la plus faible pour se situer à 13 semaines en mars 1999.

Pour l'Hôpital Laval, le nombre de personnes en liste d'attente pour un pontage diminue depuis les trois dernières années de même que leur délai d'attente qui était de 4 semaines en mars 1999. Il ne se fait plus de pontage au CHUQ depuis 1998.

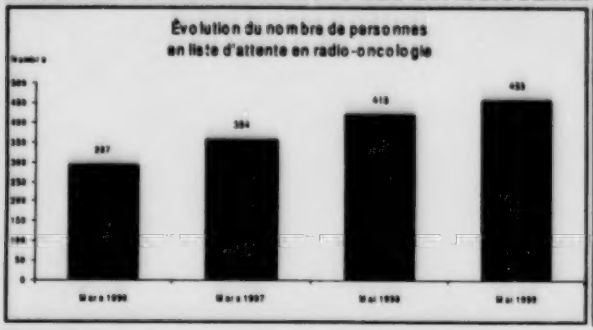
Globalement, en additionnant les résultats de l'Hôpital Laval et de ceux du CHUQ, pour la cardiologie tertiaire (cathétérisme et angioplastie) et la chirurgie cardiaque (pontage), de mars 1995 à mars 1999, le nombre total de patients en attente a diminué de 42 % (de 964 à 562 patients). De plus, les délais d'attente ont diminué de moitié pour se situer à 12 semaines pour le cathétérisme et l'angioplastie et à 4 semaines pour le pontage.

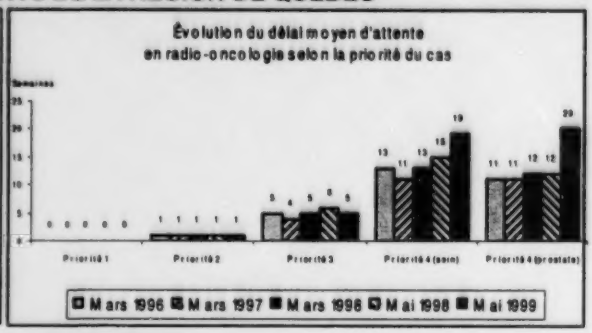
Explications

Le suivi du nombre de personnes en liste d'attente indique, pour la dernière année, une diminution pour les cathétérismes, les angioplasties et les pontages tant à l'Hôpital Laval qu'au CHUQ. Par contre, ce nombre demeure encore élevé pour le cathétérisme. De plus, le délai moyen d'attente à l'Hôpital Laval pour les cathétérismes et les angioplasties indique qu'il y a encore un écart entre l'offre et la demande pour ces services ultraspécialisés sur le plan suprarégional.

[37] Trois procédures en cardiologie sont étudiées : le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie et le pontage aortocoronarien. Deux établissements dans la région de Québec offrent ces types d'interventions : l'Hôpital Laval et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Les données font état de la production des services hospitaliers des établissements. Il s'agit donc du nombre de personnes en liste d'attente peu importe la région de provenance du patient.

NOMBRE DE PERSONNES EN LISTE D'ATTENTE ET DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN RADIO-ONCOLOGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[38]





Constats

Depuis mars 1996, le nombre de personnes en attente d'un traitement en radio-oncologie ne cesse de croître. En mai 1999, 453 personnes étaient en attente, ce qui représente une augmentation de 35 personnes par rapport à la même date l'an dernier.

Les traitements en radio-oncologie doivent s'effectuer à l'intérieur d'un certain délai « raisonnable » compte tenu du stade d'évolution de la tumeur ou du cancer. On classe les délais acceptables selon quatre ordres de priorité : pour la priorité numéro 1, les patients doivent recevoir un traitement dans un délai de 24 heures; pour la priorité numéro 2, en 8 jours ou moins; pour la priorité numéro 3, dans un délai de 2 à 3 semaines; et pour la priorité numéro 4, entre 3 et 8 semaines.

S'il n'y a pas de délai d'attente pour les traitements de priorité numéro 1 et que le délai pour la priorité numéro 2 est respecté, les délais attendus pour les deux autres priorités sont dépassés. Le délai pour la priorité numéro 3 se situait à 5 semaines en mai 1999, ce qui est supérieur au maximum de 3 semaines. Depuis mars 1996, jamais on a pu atteindre le délai prescrit pour la priorité numéro 3 ainsi que pour la priorité numéro 4, soit un maximum de 8 semaines.

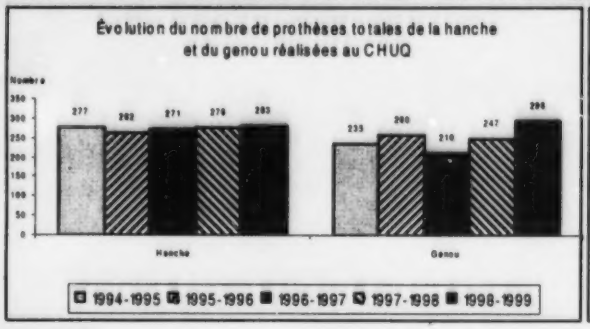
Explications

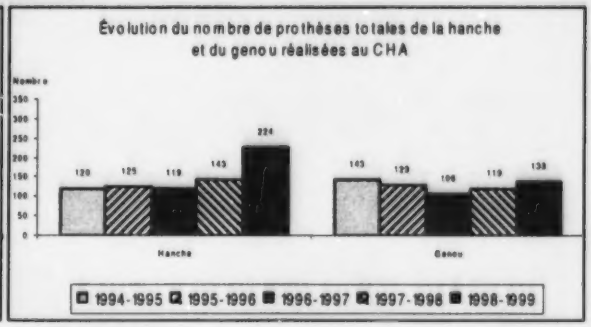
Ces services ultraspécialisés desservent la population de la région de Québec et celle d'autres régions. L'augmentation du nombre de personnes en attente peut être attribuable à plusieurs facteurs dont : la fréquence importante des cancers; un dépistage précoce; des traitements plus efficaces; le vieillissement de la population; le nombre limité de personnels et d'appareils de traitement.

Des mesures ont été prises afin de corriger la situation à l'échelle régionale et provinciale.

[38] Le Centre hospitalier universitaire de Québec, avec son Pavillon Hôtel-Dieu de Québec, offre des services de radio-oncologie pour les résidents de la région de Québec ainsi que pour les résidents de l'extérieur. Les données font donc état de la production des services hospitaliers en radio-oncologie.

NOMBRE DE PROTHÈSES TOTALES DE LA HANCHE ET DU GENOU RÉALISÉES, NOMBRE DE PERSONNES EN ATTENTE ET DÉLAI MOYEN D'ATTENTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[39]





Constats

Pour le CHUQ, depuis 1995-1996, on observe une légère progression dans le nombre de prothèses totales de la hanche pour atteindre, en 1998-1999, le nombre le plus élevé de prothèses réalisées depuis les cinq dernières années (283 prothèses). Pour la prothèse du genou, après une chute importante du nombre de prothèses réalisées en 1996-1997, on observe une remontée pour atteindre aussi, en 1998-1999, le nombre le plus important de prothèses réalisées au cours des dernières années (296 prothèses).

Pour le CHA, on observe depuis les trois dernières années une augmentation du nombre de prothèses totales de la hanche et du genou. De plus, la prothèse de la hanche a fait un bond en 1998-1999 pour atteindre un nombre près de deux fois supérieur à celui réalisé il y a cinq ans. Le nombre de prothèses du genou, en 1998-1999, a une valeur semblable à celle d'il y a cinq ans (138 prothèses).

En 1998-1999, au CHUQ, on dénombrait 167 personnes en attente pour une prothèse de la hanche, avec un délai moyen d'attente de 24 semaines. Pour la prothèse du genou, on dénombrait 232 personnes en attente pour un délai moyen d'attente de 30 semaines.

En 1998-1999, au CHA, on comptait 15 personnes en attente pour une prothèse de la hanche avec un délai moyen d'attente de 20 semaines. Pour la prothèse du genou, le nombre de personnes en attente était de 24, pour un délai moyen d'attente de 25 semaines.

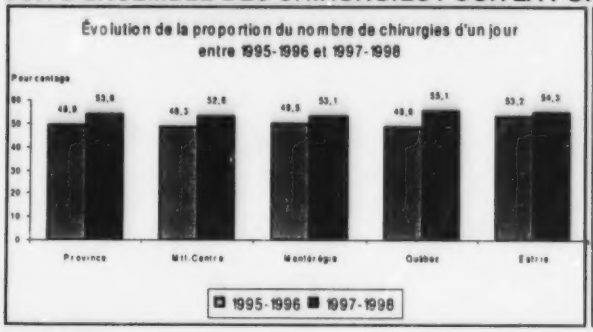
Explications

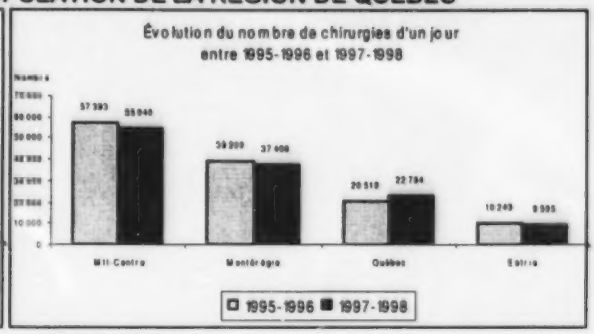
Ces services spécialisés desservent la population de la région de Québec et celle des autres régions. On sait que ces interventions, qui augmentent la qualité de vie, se font majoritairement chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Avec le vieillissement de la population et un délai d'attente qui se situe actuellement entre 20 et 30 semaines, il est réaliste de penser que la demande pour ces services spécialisés va s'accroître.

La baisse du nombre de prothèses effectuées en 1996-1997 pourrait être attribuable au départ d'orthopédistes qui pratiquaient ce type d'intervention. La situation a été corrigée depuis.

[39] Deux procédures sont étudiées : la prothèse totale de la hanche et la prothèse du genou. Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et le Centre hospitalier affilié (CHA) offrent tous deux ce type d'intervention. Les données font état de la production des services hospitaliers des établissements. Il s'agit donc du nombre de personnes peu importe la région de provenance du patient.

NOMBRE[40] ET PROPORTION[41] DU NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR SUR L'ENSEMBLE DES CHIRURGIES POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Pour la région de Québec, comme pour la province et les autres régions, on observe une augmentation du pourcentage de la chirurgie d'un jour depuis 1995-1996. En 1997-1998, pour la région de Québec, ce pourcentage est de 55,1 %. Ce dernier est supérieur à celui de la province (53,6 %) et à ceux des autres régions.

Pour la région de Québec, depuis 1995-1996, on observe aussi une augmentation du nombre de chirurgies d'un jour : de 20 519, le nombre est passé à 22 784, ce qui représente une augmentation de plus de 11 %. Pour la province, on observe une augmentation beaucoup plus faible de chirurgies d'un jour, soit de 1 %. Pour les trois autres régions, le nombre de chirurgies d'un jour a diminué.

L'augmentation du pourcentage et du nombre de chirurgies d'un jour dans la région de Québec a été observée pour chacun des sept territoires locaux. Les plus fortes augmentations se retrouvent à Charlevoix et Loretteville/Val-Bélair où le pourcentage est passé de 35,9 % à 52,9 % et de 49,2 % à 58,1 % respectivement. En 1997-1998, tous les territoires locaux avaient un pourcentage de chirurgie d'un jour égal ou supérieur à 52 % (voir annexe : tableau 16).

Explications

La région de Québec suit les mêmes tendances que la province et les régions étudiées quant à l'augmentation du pourcentage de chirurgie d'un jour. La chirurgie d'un jour est l'une des mesures importantes du virage ambulatoire. Dans ce contexte, le pourcentage de chirurgie d'un jour devrait s'accroître et viser l'objectif du MSSS fixé à environ 60 %. Par ailleurs, afin d'obtenir un portrait plus complet, il faudrait additionner les données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) aux données hospitalières (MED-ÉCHO), ce qui n'est pas dans l'usage actuellement. En effet, beaucoup d'interventions jugées transférables en chirurgie d'un jour peuvent se faire dans d'autres lieux qu'au bloc opératoire (cabinet privé ou clinique externe), ces activités étant déclarées uniquement à la RAMQ. Elles ne sont donc pas comptabilisées comme chirurgie d'un jour, ce qui donne lieu à une sous-estimation de l'activité chirurgicale ambulatoire.

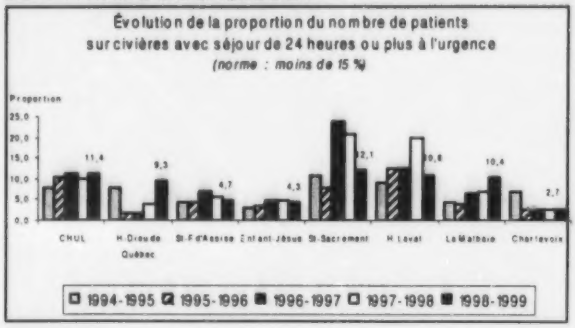
Pour la région de Québec, on observe aussi une augmentation de 11 % du nombre de chirurgies d'un jour. À cet égard, la performance de la région de Québec est à souligner, tant du point de vue de l'augmentation du pourcentage que du nombre de chirurgies d'un jour. L'analyse par territoire local nous indique que l'accessibilité à la chirurgie d'un jour a augmenté pour tous les territoires.

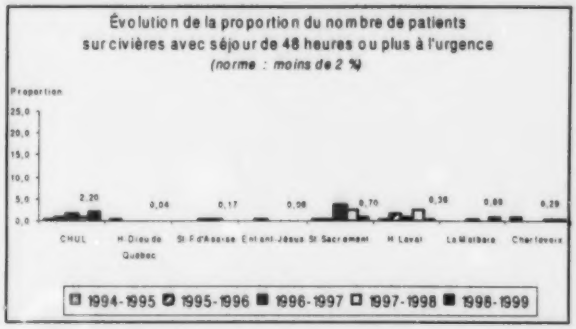
---

[40] Les données proviennent du fichier APR-DRG (J57). Les chirurgies d'un jour comprennent les cas de chirurgie d'un jour et les cas d'hospitalisation en chirurgie de 24 heures ou moins sauf les décès et les transferts dans les 24 heures suivant l'admission. Étant donné que certains établissements ne déclaraient pas leurs chirurgies d'un jour dans MED-ÉCHO en 1994-1995, les données sont présentées à partir de 1995-1996.

[41] Le pourcentage de chirurgie d'un jour se calcule de la manière suivante : nombre de chirurgies d'un jour divisé par le nombre de chirurgies nécessitant une hospitalisation de plus d'un jour auquel on a ajouté le nombre de chirurgies d'un jour.

PROPORTION DU NOMBRE DE PATIENTS SUR CIVIÈRES AVEC UN SÉJOUR EXCESSIF À L'URGENCE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[42]





Constats

En 1998-1999, la proportion du nombre de patients sur civières avec séjour de 24 heures ou plus est inférieure à la norme provinciale de 15 % pour tous les CHSGS de la région de Québec. Précisons que le Pavillon Saint-Sacrement et l'Hôpital Laval, qui avaient une proportion supérieure à la norme provinciale en 1997-1998, ont significativement diminué ce pourcentage en deçà de la norme en 1998-1999. De plus, même si les valeurs sont inférieures à la norme provinciale pour les pavillons de l'Hôtel-Dieu de Québec, du CHUL et pour le Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie en 1998-1999, ces établissements ont connu une hausse de leur proportion de patients sur civières avec séjour de 24 heures ou plus à l'urgence. En effet, ces trois établissements ont connu, lors de la dernière année, une augmentation d'une heure dans le séjour moyen des patients sur civières à l'urgence. Pour les autres établissements, cette durée moyenne est demeurée stable ou a diminué.

En 1998-1999, la proportion du nombre de patients sur civières avec séjour de 48 heures ou plus est inférieure à la norme provinciale de 2 % pour tous les CHSGS de la région de Québec sauf pour le CHUL. Précisons qu'encore une fois, le Pavillon Saint-Sacrement et l'Hôpital Laval, qui avaient une proportion supérieure à la norme provinciale en 1997-1998, ont significativement diminué ce pourcentage en deçà de la norme en 1998-1999.

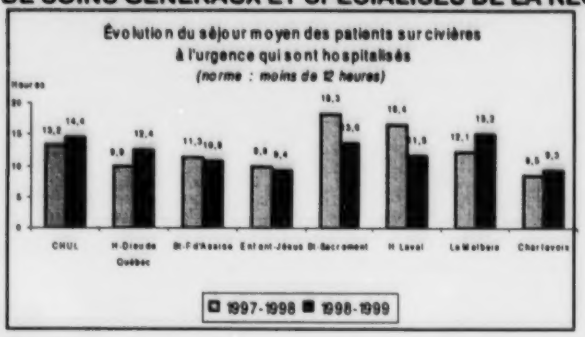
Explications

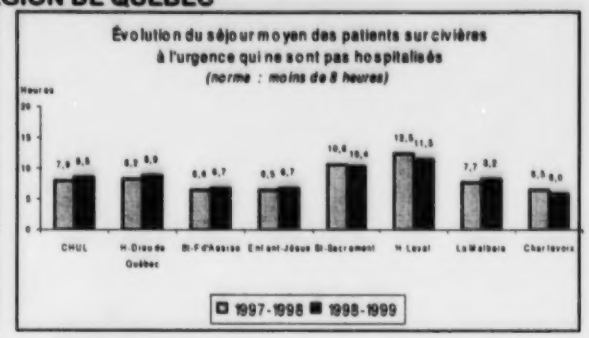
L'augmentation de la proportion du nombre de patients sur civières avec séjour de 24 heures ou plus et avec séjour de 48 heures ou plus dans certains milieux peut être attribuable à plusieurs facteurs. L'organisation et le fonctionnement à l'interne du pavillon ou de l'établissement, la disponibilité de ressources alternatives à l'hospitalisation, la présence de ressources d'hébergement, les mécanismes de liaison et l'organisation locale des services de première ligne peuvent également jouer un rôle.

---

42 Les données proviennent du Registre des patients sur civières dans les salles d'urgence (J56). On étudie uniquement les établissements qui étaient des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) lors de l'année financière 1997-1998. Il s'agit des trois établissements du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) : le Pavillon Hôtel-Dieu de Québec, le Pavillon CHUL et le Pavillon Saint-François d'Assise, des deux établissements du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) : le Pavillon Enfant Jésus et le Pavillon Saint-Sacrement, de l'Hôpital Laval, du Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et du Centre hospitalier de Charlevoix. Un patient transféré d'une salle d'urgence à une autre est dénombré deux fois dans le registre de la clientèle. Les normes sont établies par le GTI (Groupe tactique d'interventions dans les salles d'urgence).

SÉJOUR MOYEN DES PATIENTS SUR CIVIÈRES À L'URGENCE SELON LE STATUT D'HOSPITALISATION DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS DE LA RÉGION DE QUÉBEC[43]





Constats

On constate qu'en 1998-1999, pour les patients sur civières hospitalisés, quatre établissements ont un séjour moyen supérieur à la norme (moins de 12 heures) : les pavillons Hôtel-Dieu de Québec, CHUL, St-Sacrement et le Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie. Pour les deux premiers pavillons et le Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie, il s'agit d'une augmentation du séjour moyen par rapport à 1997-1998. Au Pavillon Saint-Sacrement, il s'agit d'une diminution importante du séjour moyen par rapport à 1997-1998. Le Centre hospitalier de Charlevoix a, lui aussi, connu une augmentation en 1997-1998 mais sans dépasser la norme établie.

En 1998-1999, pour les patients sur civières non hospitalisés, cinq établissements ont un séjour moyen supérieur à la norme (moins de 8 heures) : les pavillons Hôtel-Dieu de Québec, CHUL, St-Sacrement, l'Hôpital Laval et le Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie. Là encore, pour les deux premiers pavillons et le Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie, il s'agit d'une augmentation du séjour moyen par rapport à 1997-1998. Pour le Pavillon Saint-Sacrement et l'Hôpital Laval, on observe une légère diminution par rapport à 1997-1998.

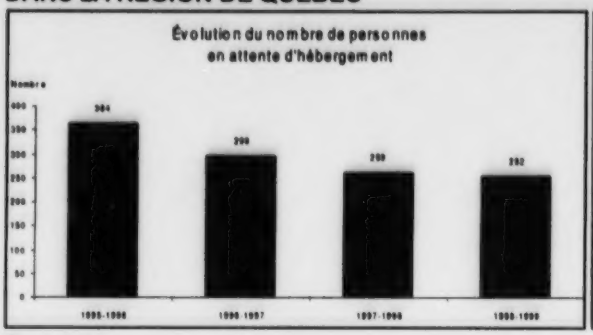
Explications

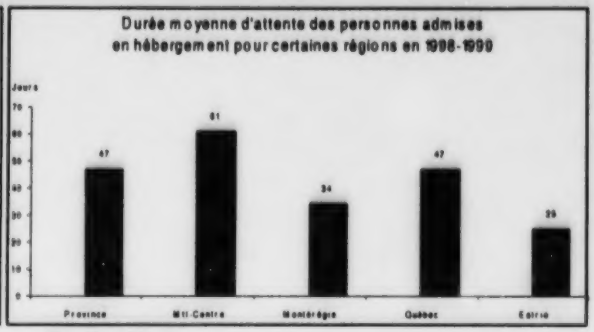
L'analyse des séjours excessifs a déjà démontré une diminution importante des séjours de 24 heures ou plus et des séjours de 48 heures ou plus pour le Pavillon Saint-Sacrement et l'Hôpital Laval. On constate que c'est surtout la diminution du séjour moyen des patients hospitalisés qui a contribué le plus à cette diminution. Pour les établissements où la proportion du nombre de séjours excessifs a augmenté, soit les pavillons Hôtel-Dieu de Québec et CHUL, c'est aussi l'augmentation du séjour moyen des patients hospitalisés qui semble contribuer le plus.

Le délai d'attente des patients sur civières qui seront hospitalisés est donc déterminant dans la diminution des séjours excessifs à l'urgence. Le principal facteur relié au séjour de ces patients est la disponibilité de lits dans l'établissement, qui elle-même dépend de l'organisation des services hospitaliers. De plus, cette disponibilité de lits doit être suffisante si la demande d'hospitalisation via la salle d'urgence augmente rapidement dans un court laps de temps. En outre, nous savons qu'en plus d'une augmentation de l'achalandage dans les salles d'urgence en 1998-1999, le nombre de patients sur civières hospitalisés a augmenté de 1 000 patients. La grande majorité de cette augmentation s'est produite aux pavillons CHUL, Hôtel-Dieu de Québec et Enfant-Jésus.

[43] Les données proviennent du Registre des patients sur civières dans les salles d'urgence (J56). On étudie uniquement les établissements qui étaient des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) lors de l'année financière 1997-1998. Il s'agit des trois établissements du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) : le Pavillon Hôtel-Dieu de Québec, le Pavillon Chul et le Pavillon Saint-François d'Assise, des deux établissements du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) : le Pavillon Enfant Jésus et le Pavillon Saint-Sacrement, de l'Hôpital Laval, du Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et du Centre hospitalier de Charlevoix. Un patient transféré d'une salle d'urgence à une autre est dénombré deux fois dans le registre de la clientèle. Les normes sont établies par le GTI (Groupe tactique d'interventions dans les salles d'urgence).

NOMBRE DE PERSONNES EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT[44] ET DURÉE MOYENNE D'ATTENTE[45] DES PERSONNES ADMISES EN HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE DANS LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

Le nombre de personnes en attente pour une place d'hébergement et de soins de longue durée dans la région de Québec a diminué de 31 % depuis 1995-1996 pour se situer à 252 en 1998-1999. La diminution la plus importante est survenue entre 1995-1996 et 1996-1997.

La durée moyenne d'attente des personnes admises en hébergement a diminué pour la province et les régions lors des dernières années. Pour la région de Québec, en 1998-1999, cette durée moyenne est de 47 jours et est égale à la valeur provinciale.

Explications

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la diminution du nombre de personnes en attente d'hébergement dans la région de Québec. En effet, depuis 1995, des changements dans le mode de référence ont fait en sorte que les CLSC ne réfèrent maintenant au programme régional d'évaluation et d'orientation que les demandes préalablement priorisées. De plus, l'ajout de lits d'hébergement lors du redéploiement des ressources amorcé en 1995-1996 a aussi contribué à cette baisse. On retient aussi une capacité accrue du maintien à domicile et une plus grande disponibilité de ressources privées d'hébergement comme facteurs ayant également contribué à la diminution de cette liste.

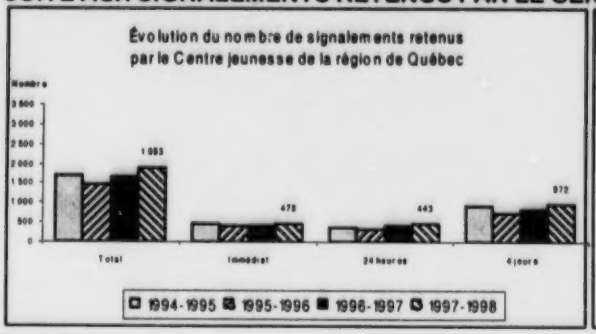
La durée moyenne d'attente des personnes admises se compare à celle de la province. Il faudra attendre les prochaines observations pour vérifier si la tendance dans la diminution de la durée d'attente se confirme. La durée d'attente est influencée par le rythme des admissions (taux d'admission) : un taux qui s'élève d'année en année donnera lieu à une durée d'attente moins longue. Le taux d'admission est, lui, influencé par la durée de séjour des personnes hébergées et l'offre de lits d'hébergement. Cette offre est dépendante des mouvements d'ouverture et de fermeture des lits.

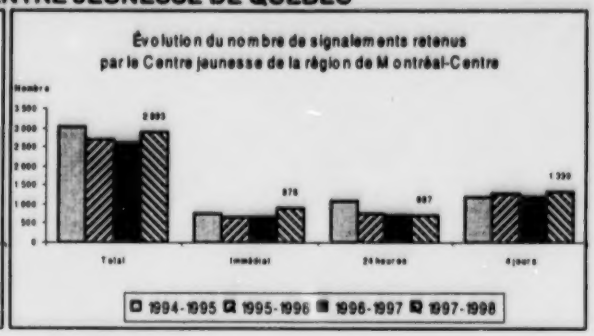
---

[44] Il s'agit du nombre de personnes en attente d'un lit d'hébergement et de soins de longue durée une fois la décision d'hébergement prise par le comité d'orientation et d'admission régionale. Les personnes qui occupent un lit d'hébergement transitoire dans un CHSGS, en attente d'être transférées dans une autre ressource d'hébergement, ne sont pas considérées comme en attente d'hébergement. La liste comprend donc uniquement les personnes dont le lieu d'attente est le domicile ou son équivalent (résidence privée).

[45] Il s'agit du nombre de jours moyen écoulés entre la décision d'hébergement et l'admission elle-même. On ne peut présenter de résultats avant 1998-1999 car, avant cette époque, les caractéristiques des clientèles dans le calcul de la durée moyenne d'attente étaient différentes d'une région à l'autre et donc non comparables. En 1997-1998, les données sont comparables.

NOMBRE DE SIGNALEMENTS ET DÉLAI MOYEN D'ATTENTE À L'ÉVALUATION[46] SUITE AUX SIGNALEMENTS RETENUS PAR LE CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC





Constats

Pour la région de Québec, le nombre de signalements au Centre jeunesse de Québec (peu importe la priorité du signalement) a été le plus élevé en 1997-1998 avec 1 893 signalements, ce qui représente une augmentation de 14 % par rapport à 1996-1997. La région de Montréal-Centre a aussi connu une augmentation de 12 % dans le nombre de signalements en 1997-1998 par rapport à 1996-1997. En 1997-1998, dans la région de Québec près de 49 % des signalements ont une priorité jugée immédiate ou de 24 heures.

En 1997-1998, dans la région de Québec, on observe aucun délai d'attente pour les signalements d'une priorité immédiate ainsi que pour les signalements d'une priorité de 24 heures. Pour la priorité de 4 jours, le délai d'attente diminue d'année en année.

Explications

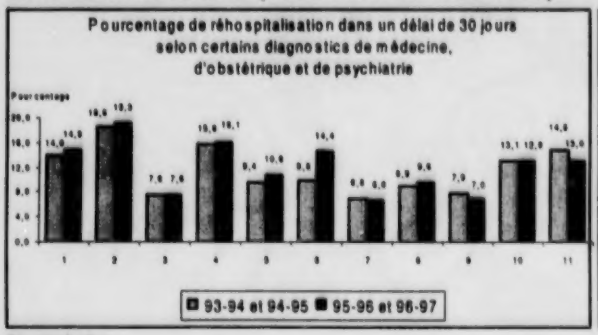
Pour la région de Québec, l'analyse du délai d'attente démontre que les signalements auxquels on a attribué une haute priorité (immédiat ou 24 heures) font l'objet d'un premier contact très rapidement. On réussit donc à traiter prioritairement les situations jugées les plus urgentes.

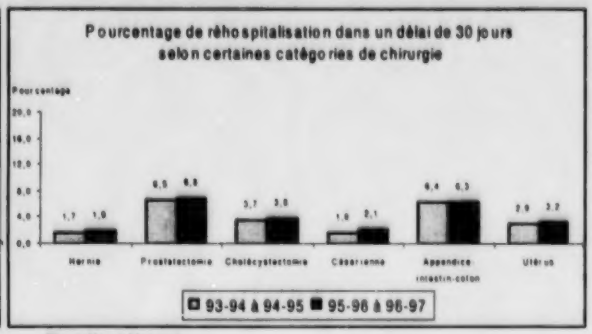
[46] L'attente à l'évaluation est le nombre de jours ouvrables entre la rétention d'un signalement et la première rencontre de l'intervenant pour une évaluation avec l'enfant et/ou le parent dans le cadre de la loi de la protection de la jeunesse. Le délai moyen d'attente est la moyenne (en jours ouvrables) de l'attente à l'évaluation, pour les évaluations complétées durant l'année. Le délai moyen d'attente est calculé selon la priorité donnée lors de la rétention d'un signalement pour la réalisation de l'évaluation : immédiat, 24 heures ou 4 jours.

LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Questions	*Réponses*
a- Suite aux changements apportés par la Transformation du réseau de la santé et des services sociaux, dont la diminution de la durée moyenne de séjour en médecine, obstétrique et en santé mentale, est-ce qu'on observe plus de réhospitalisations après le début de la Transformation (1995/96 et 1996/97) qu'avant (1993/94 et 1994/95)? (fiche 28)	*Non. L'étude du pourcentage de réhospitalisations au cours des 30 jours suivant un congé hospitalier pour infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, ischémie cérébrale, bronchite-emphysème-asthme, pneumonie, fracture de la hanche, maladie du tube digestif, complications de la grossesse, psychose affective (psychose maniaque dépressive) et autres psychoses, ne démontre aucune augmentation statistiquement significative avant et après le début de la Transformation du réseau. Pour le diabète, on observe une augmentation mais qui serait davantage redevable à des hospitalisations de cas plus graves qu'à une diminution de la qualité des soins et des services. Les hospitalisations pour complications de la grossesse montrent une diminution significative de la proportion du nombre des réhospitalisations au cours des 30 jours suivant le congé.*
b- Suite aux changements apportés par la Transformation du réseau de la santé et des services sociaux dont la diminution de la durée moyenne de séjour en chirurgie, est-ce qu'on observe plus de réhospitalisations après le début de la Transformation (1995/96 et 1996/97) qu'avant (1993/94 et 1994/95)? (fiche 28)	*Non. L'étude du pourcentage de réhospitalisations au cours des 30 jours suivant un congé pour une opération pour hernie abdominale, prostatectomie, cholécystectomie, césarienne, opération pour appendice ou sur l'intestin, le colon ou l'utérus, ne démontre aucune augmentation statistiquement significative avant et après la Transformation du réseau.*

ÉVOLUTION DES RÉHOSPITALISATIONS AU COURS DES 30 JOURS SUIVANT LA SORTIE : ÉVOLUTION SELON CERTAINS DIAGNOSTICS DE MÉDECINE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PSYCHIATRIE ET SELON CERTAINES CATÉGORIES DE CHIRURGIE, DEUX ANS AVANT (1993-1994 ET 1994-1995) LE DÉBUT DE LA TRANSFORMATION ET DEUX ANS APRÈS (1995-1996 ET 1996-1997)[47]





Constats

Seul le diagnostic relié au diabète montre une hausse significative au plan statistique de la proportion du nombre de réhospitalisations dans un délai de 30 jours, deux ans avant et après le début de la Transformation. Par contre, les hospitalisations pour complications de la grossesse montrent une diminution significative au plan statistique de cette même proportion.

Par ailleurs, aucune des sept conditions chirurgicales retenues ne montre d'augmentation ou encore de diminution significative au plan statistique de la proportion du nombre de réhospitalisations au cours des 30 jours, deux ans avant et après le début de la Transformation.

LÉGENDE

1. Infarctus du myocarde
2. Insuffisance cardiaque
3. Ischémie cérébrale
4. Bronchite-Emphysème-Asthme
5. Pneumonie
6. Diabète sucré
7. Fracture de hanche
8. Tube digestif
9. Complications grossesse
10. Psychose affective
11. Psychose (autres)

Explications

À l'instar de l'équipe de recherche de l'Université du Manitoba, les mêmes diagnostics ont été retenus de même que toutes les réhospitalisations au cours des 30 jours suivant la sortie d'une personne hospitalisée pour un des diagnostics retenus. Évidemment, toutes les réhospitalisations ne sont pas liées à ce diagnostic mais, selon certaines études, une partie importante, variant pour un diagnostic donné, le serait. C'est la comparaison du nombre d'année en année qui devient alors importante. La hausse de la proportion du nombre de réhospitalisations pour diabète n'est pas alarmante car le nombre total d'hospitalisations pour ce diagnostic diminue. En effet, le nombre d'hospitalisations pour ce diagnostic a diminué de près de 30 % deux ans après la Transformation, laissant ainsi présager que les personnes dont la condition est moins sévère sont traitées en ambulatoire, réservant ainsi l'hospitalisation à des personnes plus sévèrement atteintes et plus susceptibles d'être réhospitalisées pour toutes causes dans les trente jours après la sortie. Il est également important de noter que le nombre de réhospitalisations suivant une hospitalisation pour diabète est semblable deux ans après le début de la Transformation et deux ans avant. Enfin, de façon plus générale, la proportion du nombre de réhospitalisations en 1996-1997 (10,6 %) se situe au même niveau que celle de l'année 1993-1994 (10,3 %) précédant la Transformation.

Il ne semble donc pas y avoir eu d'impact négatif de la Transformation en matière de réhospitalisation dans un délai de 30 jours. Un projet de recherche est en cours pour vérifier si les visites ambulatoires augmentent dans les 30 jours suivant une hospitalisation.

[47] La source de données est le fichier APR-DRG. Les diagnostics sont tirés de : Monitoring the Winnipeg Hospital System : 1990/91 through 1996/97. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. Departement of Community Health Sciences, Faculty of Medecine, University of Manitoba, February 1999.

SATISFACTION DE LA POPULATION

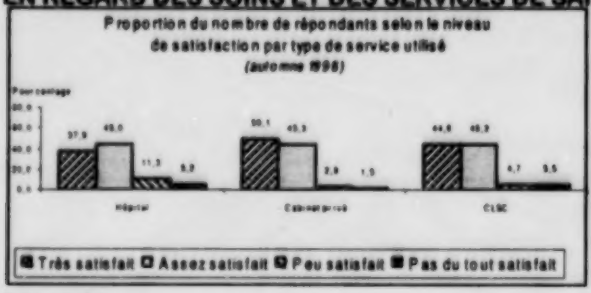
Questions

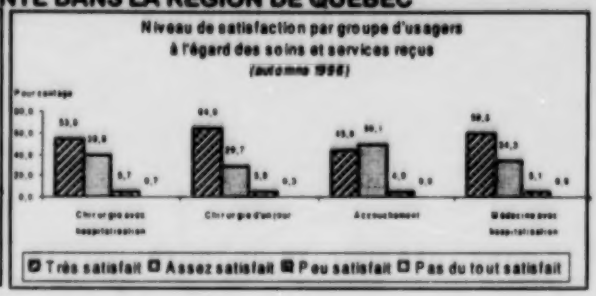
Suite aux changements apportés par la Transformation du réseau de la santé et des services sociaux, les usagers sont-ils satisfaits des soins et des services reçus ? (fiche 29)

Réponses

Deux études ont été réalisées entre huit et dix mois suivant les changements majeurs dans le réseau de soins et services de la région de Québec. On constate que dans les premiers mois de la Transformation du réseau, au printemps 1996, la majorité de la population était au courant des changements à venir. La population en général manifestait surtout des craintes en regard des services fournis par les hôpitaux. L'enquête auprès d'usagers spécifiques des services hospitaliers démontrait cependant un niveau de satisfaction élevé des services reçus et du suivi post-hospitalisation. Les usagers des services en CLSC et ceux en cabinet privé présentent aussi un niveau de satisfaction élevé.

SATISFACTION DE LA POPULATION[46] ET DE CERTAINS GROUPES D'USAGERS[47] EN REGARD DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE QUÉBEC





Constats

À propos du volet de la satisfaction de la population en général

Interrogés sur leur connaissance et leur perception des changements en cours (1995-1996), 95 % des répondants disent être au courant des changements mais le tiers d'entre eux les comprend mal. Seule la qualité des services à domicile est perçue par une majorité de répondants (59 %) comme pouvant s'améliorer ou se maintenir suite aux changements alors que la majorité des répondants pensent que la qualité des services fournis par les hôpitaux (66 %) et ceux offerts aux personnes présentant des troubles mentaux (54 %) va se détériorer. Parmi les répondants qui ont utilisé les services depuis le 1er avril 1996, 95 % de ceux ayant utilisé les services de cabinet privé sont satisfaits (dont 50 % très satisfaits), 90 % pour les services d'un CLSC (dont 45 % très satisfaits) et 83 % pour ceux d'un hôpital (avec 38 % très satisfaits). De plus, face à une même situation, les répondants retourneraient au même endroit dans les proportions suivantes : 96 % en cabinet privé, 87 % en CLSC et 88 % à l'hôpital.

À propos du volet de la satisfaction de certains groupes d'usagers : (chirurgie avec hospitalisation, chirurgie d'un jour, mères ayant accouché, médecine avec hospitalisation)

Interrogés sur leur niveau de satisfaction concernant chacune des étapes de la trajectoire de soins (avant, pendant et suite à l'hospitalisation), 95 % des répondants se disent satisfaits de l'information et des soins et services reçus avant l'entrée à l'hôpital. Les niveaux de satisfaction sont élevés et se situent à 90 % et plus pour l'accueil reçu lors de l'arrivée, pour les soins reçus des médecins et du personnel infirmier ainsi que pour l'ensemble des soins et services reçus pendant le séjour à l'hôpital. Les niveaux de satisfaction sont plus faibles (79 % et 70 %) pour les groupes de chirurgie avec hospitalisation et pour les mères ayant accouché, quant à l'information reçue durant le séjour à l'hôpital sur l'usage des médicaments et leurs effets secondaires. Le niveau de satisfaction est également plus faible pour l'information reçue sur les soins du bébé et les techniques d'allaitement maternel (79 % et 66 %). Le niveau de satisfaction à l'égard du suivi reçu après le congé de l'hôpital est de l'ordre de 90 % et plus selon les groupes. Plus de neuf répondants sur dix se disent satisfaits des services obtenus du CLSC une fois de retour à domicile. Le niveau de satisfaction à l'égard des services reçus une fois de retour à domicile est élevé (90 % et plus) de même que pour l'ensemble des soins et services reçus à l'hôpital ou à domicile. Le niveau de satisfaction à l'égard des soins et services reçus pour l'ensemble de la trajectoire de soins est particulièrement élevé (entre 94 % et 95 % selon les groupes d'usagers).

Explications

Ces études ont été réalisées entre huit et dix mois après des changements majeurs dans le réseau de soins et services de la région de Québec. On constate que dans les premiers mois de la Transformation du réseau au printemps 1996, la majorité de la population était au courant des changements à venir. La population en général manifestait surtout des craintes en regard des services fournis par les hôpitaux. L'enquête auprès d'usagers spécifiques des services hospitaliers démontre plutôt un niveau de satisfaction élevé des services reçus et du suivi post-hospitalisation. La satisfaction des usagers des services en CLSC et en cabinet privé est aussi élevée. Pour des études ultérieures, il faudrait atteindre des clientèles vulnérables qui sont plus difficiles à rejoindre et recourir à diverses méthodes pour mieux comprendre les différents impacts de l'organisation des soins et des services de santé sur l'usager, son réseau de soutien et le personnel des établissements. Au plan régional, une démarche de suivi de l'appréciation de la qualité et de la satisfaction par la clientèle utilisatrice est actuellement en cours avec les CLSC et les CHSGS.

---

[46] Étude réalisée par entrevues téléphoniques (entre le 31 octobre et le 12 novembre 1996) auprès de 999 personnes âgées de 15 ans et plus résidant dans la région de Québec.

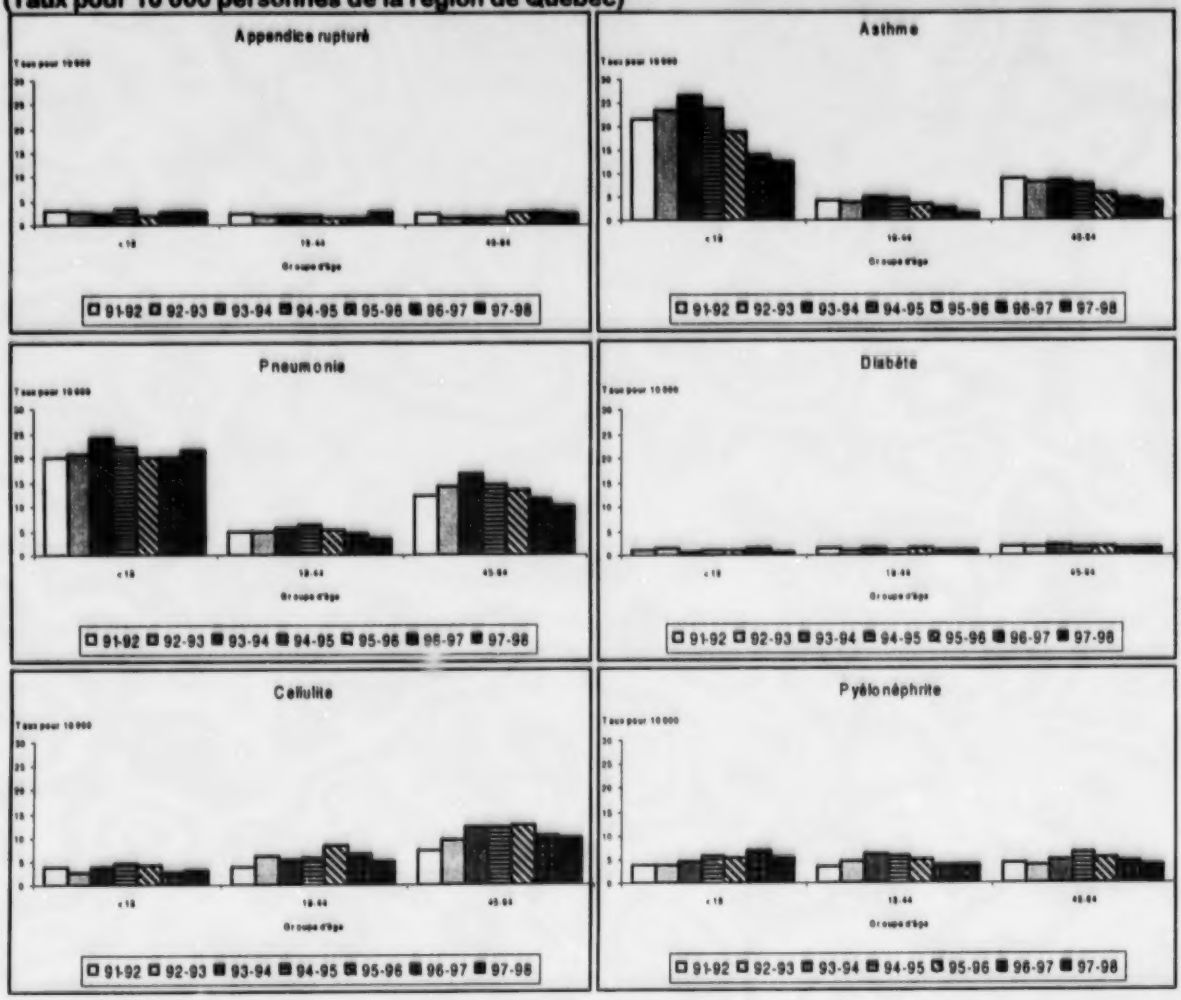
[47] Étude réalisée par entrevues téléphoniques auprès de 1 110 personnes de la région de Québec selon quatre groupes d'usagers ayant utilisé les services de santé entre la fin septembre et le début décembre 1996.

MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE ÉVITABLE ET MORTALITÉ ÉVITABLE

Questions	*Réponses*
a- La Transformation des soins et des services de santé ainsi que le changement dans certains modes de pratique se sont-ils réalisés sans affecter les taux de morbidité hospitalière évitable? (fiche 30)	*Oui. La morbidité hospitalière évitable réfère à des hospitalisations qui, pour certaines causes et groupes d'âge déterminés (moins de 65 ans), peuvent souvent être évitées par des soins ambulatoires appropriés et dispensés au bon moment. Seul l'appendice rupturé chez les 18-44 ans et les 45-64 ans montre un taux supérieur à celui des années avant la Transformation du réseau mais cette légère augmentation n'est pas significative sur le plan statistique. Pour la pneumonie, le diabète, la cellulite, la pyélonéphrite et l'ulcère perforé ou saignement, les taux d'hospitalisation sont semblables à ceux d'avant la Transformation. Des baisses marquées ont par contre été enregistrées pour l'asthme, l'insuffisance cardiaque et les conditions évitables par l'immunisation.*
b- La Transformation des soins et des services de santé ainsi que le changement dans certains modes de pratique se sont-ils réalisés sans affecter la tendance à la baisse de la mortalité évitable? (fiche 31)	*Oui. Le concept de mortalité évitable est issu du fait qu'il existe des causes de décès, pour certains groupes d'âge, qui pourraient probablement être évitées par la prévention ou par des soins curatifs appropriés lorsque la maladie est présente. L'étude de quatorze causes de ces mortalités évitables (tuberculose, cancer du corps et col de l'utérus, maladie de Hodgkin, cardiopathie rhumatismale chronique, asthme, appendicite, hernie inguinale et abdominale, cholélithiase et cholécystite, maladie hypertensive et cérébrovasculaire, cancer du sein, cardiopathie ischémique, ulcère peptique et décès maternel), pour certains groupes d'âge, démontre une diminution de la mortalité. De plus, pour chacune de ces causes de mortalité, on observe aucune différence significative sur le plan statistique par rapport à la province.*

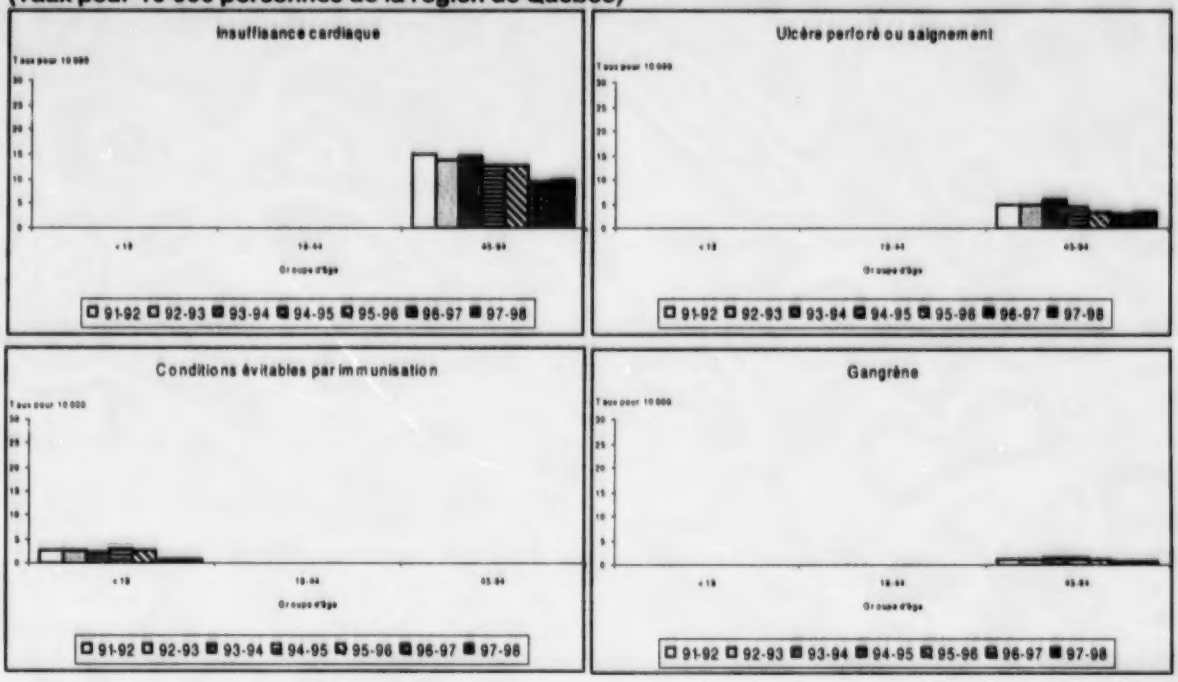
ÉVOLUTION DE LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE ÉVITABLE SELON CERTAINS DIAGNOSTICS POUR TROIS GROUPES D'ÂGE[50]

(Taux pour 10 000 personnes de la région de Québec)



[50] La source de données est le fichier APR-DRG. Les diagnostics retenus sont tirés de : Weissman, J.S., Gatsonis, C., Epstein, A.M. Rates of avoidable hospitalization by insurance states in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992; 268 : 2388-2394.

ÉVOLUTION DE LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE ÉVITABLE SELON CERTAINS DIAGNOSTICS POUR TROIS GROUPES D'ÂGE[51] (suite)
(Taux pour 10 000 personnes de la région de Québec)



Constats

La morbidité hospitalière évitable réfère à des hospitalisations qui, pour certaines causes et groupes d'âge déterminés (moins de 65 ans), peuvent souvent être évitées par des soins ambulatoires appropriés et dispensés au bon moment. Puisqu'il faut s'attendre à ce que la morbidité dite évitable n'augmente pas pour plusieurs des diagnostics retenus, il faut pouvoir répondre à trois questions : pour quels diagnostics y-a-t-il une hausse? Le taux observé est-il supérieur aux années antérieures et en particulier à celles d'avant le début de la Transformation? Ce taux est-il significativement plus élevé au plan statistique?

Les seules hausses enregistrées en 1997-1998 sont pour l'appendice rupturé (tous les groupes d'âge), la pneumonie chez les moins de 18 ans, l'ulcère perforé ou saignement chez les 45-64 ans. Seul l'appendice rupturé chez les 18-44 ans et les 45-64 ans montre un taux supérieur à celui d'avant le début de la Transformation. Cependant, la différence entre les taux (pour 10 000 de population) pour appendice rupturé observés en 1997-1998 et en 1991-1992 chez les 18-44 ans (2,6 et 2,3 respectivement) et les 45-64 ans (2,2 et 2,1 respectivement) n'est pas significative au plan statistique.

Par contre, des baisses marquées ont été enregistrées pour l'asthme, l'insuffisance cardiaque et les conditions évitables par l'immunisation.

Explications

La fréquence de ces hospitalisations peut dépendre entre autres de l'organisation des services ambulatoires et hospitaliers dans la région. Des hausses marquées pour ces différentes causes pourraient indiquer des lacunes dans l'organisation des soins et services de santé. À la lumière des présents résultats, il semble bien ne pas y avoir eu d'impact négatif de la Transformation ayant pu entraîner des hausses importantes pour ces causes d'hospitalisation. Même si aucune hausse significative n'est observée, il faudra demeurer vigilant et continuer à surveiller les taux d'hospitalisation pour ces causes spécifiques.

[51] La source de données est le fichier APR-DRG. Les diagnostics retenus sont tirés de : Weissman, J.S., Gatsonis, C., Epstein, A.M. Rates of avoidable hospitalization by insurance states in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992; 268 : 2388-2394.

NOMBRE DE DÉCÈS ÉVITABLES[52] ET INDICE DE MORTALITÉ RELATIVE (IMR)[53] POUR CERTAINES CAUSES ET CERTAINS GROUPES D'ÂGE DÉTERMINÉS POUR LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC

Nombre de décès pour des causes potentiellement évitables 1992 à 1997				Indice de mortalité relative 1991-1996	
Causes de mortalité	Groupe d'âge	1992-1993-1994	1995-1996-1997	Indice	Signification statistique (0,05)
Tuberculose	5 à 54	4	1	2,12	non
Cancer du col et du corps de l'utérus	15 à 54	20	13	1,12	non
Maladie de Hodgkin (cancer des ganglions)	5 à 64	6	9	1,51	non
Cardiopathie rhumatismale chronique	5 à 44	0	1	1,20	non
Asthme	5 à 44	1	1	0,81	non
Appendicite	5 à 64	0	1	0,00	non
Hernie inguinale et abdominale	5 à 64	3	0	2,78	non
Cholélithiases et cholécystite	5 à 64	4	1	2,12	non
Maladie hypertensive et cérébrovasculaire	35 à 64	124	102	0,99	non
Cancer du sein (femmes)	25 à 64	178	148	1,07	non
Cardiopathie ischémique	35 à 64	575	500	0,97	non
Ulcères peptiques	25 à 64	2	7	1,12	non
Décès maternelles		2	0	2,27	non
Total		919	783		
Moyenne annuelle		368	261		

Constats

Un groupe d'experts a identifié une série de causes de décès qui depuis une vingtaine d'années diminuent suite à l'amélioration de l'organisation des soins et des services de santé. Il s'agit du concept de la mortalité potentiellement évitable. L'intérêt de ce concept est de comparer des territoires socio-sanitaires entre eux afin d'identifier les territoires présentant un excès de mortalité pour certaines causes. Par la suite, l'étude plus approfondie des facteurs reliés à cette surmortalité peut aider à l'amélioration de l'organisation des soins et des services du territoire concerné. On a donc comparé le nombre de décès évitables observé dans la région de Québec au nombre de décès pour l'ensemble de la province et ceci sur une période de cinq années (1991-1996) en calculant un indice de mortalité relative pour chacune des causes retenues. Aucune différence significative sur le plan statistique n'a été observée entre la région de Québec et la province.

Le tableau ci-haut, en plus de décrire les causes retenues selon certains groupes d'âge spécifiques, regroupe sur deux périodes de trois années (1992-1994 versus 1995-1997) l'évolution du nombre de décès pour ces causes dans la région de Québec.

On constate une diminution de 15 % dans le nombre de décès pour l'ensemble des causes retenues (de 919 à 783 décès). La majorité de ces décès concerne la cardiopathie ischémique, le cancer du sein et la maladie hypertensive et cérébrovasculaire. Précisons que pour la maladie de Hodgkin et les ulcères peptiques, les deux seules causes présentant une augmentation des décès pour la période 1995-1997, aucun décès n'a été observé en 1997.

Explications

Pour la région de Québec, il n'y a pas eu d'augmentation des décès potentiellement évitables suite à la transformation des services de soins et de santé. On observe même une diminution relativement importante pour l'ensemble de ces décès. De plus, même si la mortalité pour ces causes de décès est comparable à celle de la province, il faut rester vigilant pour le suivi de la mortalité pour le cancer du corps et du col de l'utérus, pour la maladie de Hodgkin et pour l'ulcère peptique. De plus, les trois causes responsables de la majorité des décès potentiellement évitables sont liées à l'importante incidence de ces maladies dans nos populations. Il apparaît donc nécessaire de maintenir et même d'intensifier les programmes de prévention et de promotion de la santé.

---

52 Le concept de mortalité évitable est relié au fait qu'il existe des causes de décès pour certains groupes d'âge qui pourraient probablement être évitées par la prévention ou par des soins curatifs appropriés lorsque la maladie est présente. Plusieurs listes de causes de mortalité évitable ont été suggérées. La liste choisie dans l'analyse suivante est inspirée de la troisième édition de *l'Atlas de la Communauté européenne sur les < morts évitables >* et de Pampalon R. Avoidable mortality in Québec and its regions. Soc. Sci. Med. Vol. 37, N°6, pp. 823-831, 1993.

53 L'indice de mortalité évitable (IMR ou SMR en anglais) est une mesure qui divise le nombre de décès évitables total de 1991 à 1996 d'une région (valeur observée) par le nombre de décès attendus (valeur attendue) si le taux de mortalité de l'ensemble de la province était appliqué à la population de la région à l'étude (selon la structure d'âge et de sexe). La valeur de comparaison est celle de la province et est égale à 1.

PORTRAIT GLOBAL DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE LA RÉGION DE QUÉBEC[54]

Constats

Population : la région de Québec est la troisième région sociosanitaire en importance par sa population et représente près de 9 % de l'ensemble de la population québécoise. La croissance démographique est semblable à celle de la province (5 % de 1986 à 1991 et 2 % de 1991 à 1996). Par contre, l'indice de fécondité, qui est le nombre annuel moyen de naissances vivantes par femme de 15 à 49 ans, est plus faible que celui de la province (1,4 pour la région de Québec comparativement à 1,7 pour la province).

Situation socio-économique : la situation socio-économique se compare également avantageusement à celle de la province. En effet, le pourcentage de la population, avec moins de neuf ans de scolarité, est plus faible que celui de la province (17 % vs 20 %) tout comme le pourcentage de la population inoccupée comprenant les étudiants, les retraités et les chômeurs (41 % vs 43 %). La proportion du nombre d'assistés sociaux est également plus faible que celle de la province (11 % vs 13 %) tandis que le pourcentage de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans est semblable (près de 18 %). Même s'il arrive que les données de la région soient meilleures ou comparables à l'ensemble du Québec, il faut cependant préciser qu'il existe parfois des différences sous-régionales importantes. Par exemple, le pourcentage de familles monoparentales, même s'il est de 18 % pour la région, est de 40 % pour le territoire de Basse-Ville — Limoilou et de 12 % pour le territoire de Charlevoix.

Habitudes de vie et facteurs de risque : certains comportements, habitudes de vie et facteurs de risque sont moins présents dans la région que dans l'ensemble de la province : mentionnons que la proportion du nombre de fumeurs réguliers est plus faible (27 % vs 30 %), que le pourcentage de naissances de faible poids parmi l'ensemble des naissances vivantes est aussi plus bas que celui de la province (5 % vs 6 %), ainsi que le taux de grossesses parmi les adolescentes de 14 à 19 ans (27/1 000 vs 36/1 000). Par contre, le pourcentage de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus par semaine est un peu plus élevé (7 % vs 6 %) que celui de la province alors que le pourcentage de la population n'ayant jamais consommé de drogues illicites est plus faible (66 % vs 69 %). Au regard de la prescription de médicaments, le nombre annuel moyen d'ordonnances par personne âgée de 65 ans et plus est supérieur à celui de la province (32 vs 29). En 1992-1993, dans la région de Québec, près de 7 femmes sur 10 ont subi un test de dépistage du cancer du col utérin. Pour ces mêmes années, parmi les femmes âgées de 50 ans et plus, près de 4 sur 10 ont subi une mammographie ce qui est trois fois plus qu'en 1987 où on ne comptait que 1,4 femmes sur 10. Les mêmes résultats sont observés pour l'ensemble de la province. Concernant la santé mentale, plus de 26 % de la population présente un niveau de détresse psychologique élevé (problème relié à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité ou à des troubles cognitifs). Ce pourcentage est semblable à celui de la province.

La mortalité : depuis une dizaine d'années, le taux de mortalité pour toutes causes diminue tant pour la région de Québec que pour la province. De plus, en 1993-1995, le taux de mortalité par 100 000 personnes dans la région est inférieur à celui de la province (664,2 vs 673,7). C'est ainsi que pour les hommes de la région de Québec, l'espérance de vie à la naissance est supérieure à celle de la province (74,9 ans vs 74,2 ans) et celle des femmes y est semblable (81,4 ans vs 81,3 ans).

Explications

On peut donc dégager que, globalement, la région de Québec présente un état de santé comparable à celui de l'ensemble de la province.

Comme les données des différentes enquêtes ayant servi à établir ce portrait seront disponibles en 2000-2001, une mise à jour de cette information sera faite.

[54] La plupart des résultats couvrent la période 1991 à 1996. Pour un portrait plus détaillé de l'état de santé consultez : Pageau, M., Ferland, M., Choinière, R., Sauvageau, Y. (1997). Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions, Québec, MSSS.

ÉTAT DE SANTÉ DES TRAVAILLEUSES ET DES TRAVAILLEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE QUÉBEC

Étude 1

Étude réalisée par entrevues téléphoniques à l'automne 1997 auprès de 2 006 infirmières et infirmiers provenant de 13 établissements (parmi 16) de la région de Québec où sont survenus des changements associés à la transformation du réseau.

Niveau de détresse psychologique élevé parmi 41 % des répondants alors que cette proportion était de 28 % parmi les infirmières du Québec en 1994 et de 31 % parmi des travailleuses du Québec en 1995.

Les personnes interrogées faisaient également ressortir une augmentation de la charge de travail et des contraintes de temps et une diminution du soutien social au travail.

Source : Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C. *et al.* (1999). *La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la Transformation du réseau de la santé*, Santé mentale au Québec, XXIV, 1, p. 136-153.

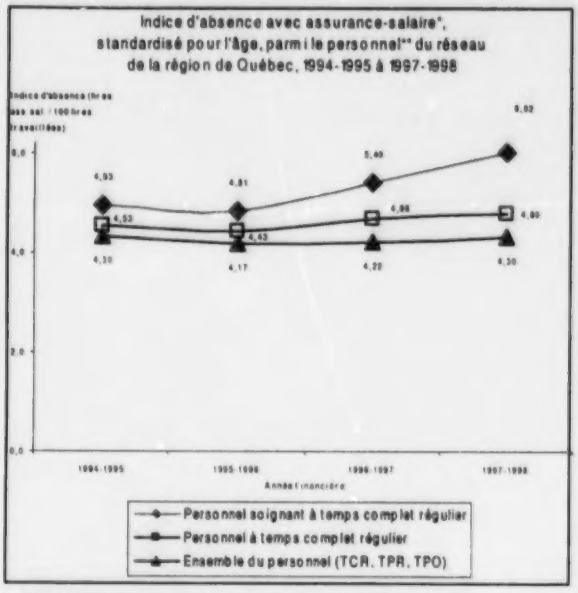
Étude 2

Étude qualitative réalisée en 1999 auprès de 66 intervenants et gestionnaires du réseau de services aux personnes âgées.

Sentiments :

de surcharge de travail	« débordés, essoufflés, stressés »;
d'insatisfaction professionnelle	« on a perdu le sens, on agit en pompier »;
d'éclatement du travail d'équipe	« on est isolé, on manque d'encadrement ».

Source : Ouellet, J.P., Durand, P.J. (1999). "Les besoins de formation et de recherche dans le réseau des services aux personnes âgées : rapport de consultation". *Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval*, juillet.



* Indice d'absence avec assurance-salaire= (heures en assurance-salaire/heures travaillées à taux régulier) X 100.

** Le personnel qui a un contact direct avec la clientèle pour les soins.

Source : Fichier R22, MSSS, constitué à partir du fichier de la paie.

Constats

Les sources de données disponibles sont partielles et proviennent d'études essentiellement descriptives. Une proportion importante (41 %) d'infirmières et d'infirmiers de la région de Québec présente un indice de détresse psychologique élevé en 1997. Les perceptions sur l'organisation du travail des personnes interrogées lors de deux études différentes sont similaires. L'indice d'absence avec assurance-salaire pour toute cause augmente entre 1994-1995 et 1997-1998. Au cours de cette période, il s'est ajouté plus d'une heure payée en assurance-salaire pour chaque 100 heures travaillées à taux régulier, pour le personnel soignant dans la région de Québec, une progression de plus de 25 %.

Explications

Bien que les indicateurs soient globaux (indice d'absence toute cause) ou précoce (indice de détresse psychologique), ils suggèrent néanmoins l'existence de répercussions négatives sur les travailleurs et sur l'organisation de leur travail. Des mesures complémentaires demeurent nécessaires pour mieux cerner l'importance des problèmes vécus par les travailleuses et les travailleurs et développer les moyens de prévention adaptés.

Les indicateurs mesurés dans le suivi du plan de Transformation indiquent un changement important dans le mode de production des soins et des services de santé. Ces changements n'ont pas eu d'impact majeur sur l'accessibilité à l'hospitalisation pour les cas les plus graves et pour certaines interventions qui améliorent la qualité de vie. Une détérioration a cependant été observée quant aux séjours dans les salles d'urgence et la liste d'attente en radio-oncologie. Les indicateurs retenus pour la qualité des soins et l'état de santé de la population ne montrent pas de détérioration pour la région de Québec. Par contre, les indicateurs disponibles suggèrent l'existence de répercussions négatives sur la santé des travailleuses et des travailleurs du réseau de la santé de la région.

Redéploiement des ressources

Au chapitre du redéploiement des ressources matérielles on retient une diminution de 34 % des lits en soins de courte durée pour la santé physique et de 21 % en santé mentale. Le bassin de lits en hébergement et soins de longue durée a augmenté de 4 %. Au chapitre des ressources financières et humaines, le financement total du réseau sociosanitaire a diminué progressivement de 5,8 % du 1er avril 1995 au 31 mars 1999. Pendant cette même période, les dépenses totales ont, quant à elle, diminuées en 1996-1997 pour ensuite augmenter graduellement de telle sorte qu'elles sont revenues en 1998-1999 presque au même niveau qu'elles l'étaient en 1995-1996. L'écart entre le financement et les dépenses s'est traduit par un déficit de plus de 66 millions au 31 mars 1999. La masse salariale a diminué de 4 % et le nombre d'heures travaillées total, de 6 %. Les autres dépenses non reliées à la masse salariale ont augmenté de 9 % et le budget des organismes communautaires est passé de 8 millions et demi à près de 21 millions.

Production des soins et des services

Pour ce qui est de la production des soins et des services, les résultats observés révèlent que les éléments suivants ont contribué à l'atteinte de l'objectif provincial de deux équivalents-lits pour 1 000 personnes en santé physique dans la région de Québec : la diminution de la durée moyenne de séjour en soins de courte durée en santé physique ainsi que l'augmentation du nombre et de la proportion du nombre de chirurgies d'un jour dans nos établissements. On observe également une augmentation du nombre d'usagers et du nombre d'interventions pour l'ensemble des services de base du maintien à domicile et pour la santé maternelle et infantile dans les CLSC; une diminution des jours d'hospitalisation pour des soins de longue durée dans des lits de courte durée en santé physique libérant ainsi plus de lits pour les soins de courte durée; enfin, une augmentation des admissions en hébergement et soins de longue durée.

Accessibilité aux soins et aux services

La diminution des taux d'hospitalisation en chirurgie et en médecine, suite aux différentes mesures du virage ambulatoire, n'a pas affecté l'accès aux hospitalisations des cas graves. On observe même une augmentation du pourcentage de ces hospitalisations. De 1994-1995 à 1997-1998, le pourcentage d'hospitalisation des cas graves est passé de 9 % à 14 % pour la chirurgie et de 16 % à 22 % pour la médecine. C'est donc le nombre d'hospitalisations dont la gravité clinique est moins élevée qui a diminué et qui a été transféré en mode ambulatoire. Les taux d'hospitalisation pour des interventions chirurgicales qui augmentent la qualité de vie des personnes âgées de 50 ans et plus sont demeurés constants dans le temps pour certaines interventions (remplacement total de la hanche ou du genou et autres arthroplasties de la hanche) et ont augmenté pour d'autres (pontage coronarien). La proportion du nombre de chirurgies d'un jour pour la population de la région de Québec (55 %) s'est rapprochée de la norme fixée par le Ministère (60 %) et est parmi les plus élevées de la province. En 1998-1999, la proportion du nombre de patients sur civières avec séjour de 24 heures ou plus est inférieure à la norme provinciale (moins de 15 %) pour tous les milieux alors que pour les séjours de 48 heures ou plus, un seul milieu dépasse la norme provinciale (moins de 2 %). Pour le séjour moyen des patients sur civières qui sont hospitalisés, quatre milieux sur huit dépassent la norme provinciale (moins de 12 heures). Pour le volet hébergement, le nombre de personnes en attente pour une place en hébergement et soins de longue durée a diminué et le délai d'attente se compare à celui de la province.

D'autres indicateurs, en lien avec des services ultra spécialisés, démontrent la nécessité d'apporter des améliorations. Lors des dernières années, le nombre de patients en attente et la durée d'attente pour un traitement en radio-oncologie ont augmenté à l'échelle de la province. Cette réalité n'est cependant pas attribuable uniquement au plan de Transformation. En effet, l'augmentation du nombre de personnes en attente peut être attribuable à plusieurs facteurs, dont la fréquence importante des cancers, un dépistage précoce, des traitements plus efficaces, le vieillissement de la population et le nombre limité de personnels et d'appareils de traitement. Des mesures ont été prises afin de corriger la situation actuelle et se préparer pour les besoins à venir.

Qualité des soins et des services

La qualité des soins et services a été étudiée en suivant l'évolution du pourcentage de réhospitalisation au cours des 30 premiers jours après un congé hospitalier pour certains diagnostics ou pour certaines interventions en santé physique (chirurgie, médecine et obstétrique) et en santé mentale. L'étude ne démontre pas d'augmentation des réhospitalisations après la transformation. Dans l'ensemble, il ne semble donc pas y avoir eu d'impact négatif de la transformation du réseau en matière de réhospitalisation. On retient aussi qu'une étude de satisfaction, conduite au début du plan de Transformation auprès d'usagers des services hospitaliers, des CLSC et des cliniques privées démontrait un niveau de satisfaction élevé des services reçus et du suivi en posthospitalisation.

État de santé de la population

L'état de santé de la population a été abordé d'abord pour la population en général et pour celle du personnel du réseau par la suite. Les données reliées à l'état de santé de la population générale couvrent la période s'échelonnant de 1991 à 1996. Pour cette période, on peut dégager que, globalement, la région de Québec présente un état de santé comparable à celui de l'ensemble de la province. Afin de mieux apprécier les changements de l'état de santé de la population pendant la période où s'est déroulée la transformation, les différentes enquêtes pouvant servir à mettre à jour ce portrait publieront leurs résultats au cours de l'an 2000. Une mise à jour de cette information sera donc faite à ce moment. Le suivi a quand même précisé que la transformation des soins et des services de santé n'a pas affecté la tendance à la baisse dans la mortalité potentiellement évitable. La mortalité évitable représente un ensemble de causes de décès, pour certains groupes d'âge, qui, depuis une vingtaine d'années, diminuent dans les pays industrialisés suite à l'amélioration de l'organisation des soins et des services de santé. En effet, on constate une diminution de 15 % dans le nombre de décès potentiellement évitable entre 1992-1994 et 1995-1997 pour la population de notre région.

Pour le personnel du réseau, selon une étude descriptive réalisée après le début de la transformation, une proportion importante (41 %) d'infirmières et d'infirmiers de la région de Québec présente un indice de détresse psychologique élevé. Les personnes interrogées faisaient également ressortir une augmentation de la charge de travail et des contraintes de temps. De plus, selon le fichier de la paie, l'indice d'absence avec assurance-salaire a augmenté entre 1994-1995 et 1997-1998 pour le personnel soignant à temps complet régulier. Ces indicateurs suggèrent l'existence de répercussions négatives sur le personnel soignant et sur l'organisation du travail. Des mesures complémentaires devront mieux cerner l'importance des problèmes vécus et développer les moyens de prévention adaptés.

Surveillance spécifique

Il faudra maintenir à jour les bases de données pertinentes pour un suivi d'indicateurs de santé afin d'assurer une fonction de vigilance sur l'accessibilité aux soins et services ainsi que sur l'état de santé de notre population tant sur le plan régional que local. Il est également nécessaire de développer et mesurer des indicateurs spécifiques reliés à l'accessibilité, la qualité des services et l'état de santé pour l'ensemble des programmes-clientèles : enfance-famille-jeunesse, santé mentale, toxicomanie, personnes âgées en perte d'autonomie, santé physique, déficience physique, déficience intellectuelle, santé publique. De plus, il faudra connaître à nouveau le niveau de satisfaction de la population générale et des usagers qui ont recours aux soins et aux services de santé. Enfin, il faudra étudier les impacts de la nouvelle organisation des soins et services sur les dispensateurs de soins et d'aide dans notre région, notamment dans les CHSGS, CHSLD, CLSC et auprès des organismes communautaires, afin d'identifier les besoins de formation et de soutien, et proposer des pistes d'intervention efficaces.

Pour conclure, les indicateurs mesurés dans le suivi du plan de Transformation nous indiquent un changement dans le mode de production des soins et services de santé. De plus, dans le futur, les changements au niveau des principaux déterminants de l'état de santé (par exemple l'environnement, la démographie, les aspects socio-économiques et les habitudes de vie), l'amélioration de l'espérance de vie, les nouvelles technologies tant au plan préventif (par exemple la vaccination et le dépistage) que curatif se traduiront par une modification de l'utilisation des soins et services de santé. On doit être en mesure de suivre périodiquement ces modifications.

Bibliographie

ASHTON, C.M. *et al.* (1997). « The association between the quality of inpatient care end early readmission : a meta-analysis of the evidence », *Med Care*, vol. 35, n° 10, p. 1044-1059.

BERNARD, P.M. et C. LAPOINTE (1987). *Mesures statistiques en épidémiologie*, Presses de l'Université du Québec.

BLACK, C.D., N.P. ROOS et C. BURCHILL. « Utilization of hospital resources », *Med Care*, vol. 33 (suppl.) : DS55.

BOURBONNAIS, R., M. COMEAU, C. VIENS, D. LALIBERTÉ, C. BRISSON et M. VÉZINA (1998). *La Transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Direction de la santé publique, Beauport, 55 p.

BROWNELL, M.D., N.P. ROOS et C. BURCHILL (1999). « Monitoring the impact of hospital downsizing on Access to care and Quality of care », *Med Care*, vol. 37 (suppl.) : JS135.

BROWNELL, M.D., N.P. ROOS et C. BURCHILL (1999). *Monitoring the Winnipeg Hospital System : 1990/91 through 1996/97.* Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medecine, University of Manitoba, Winnipeg.

CARR, W., N. SZAPIRO, T. HEISLER *et al.* (1989). « Sentinel health as indicators of unmet needs », *Soc. Sci. Med*, vol. 29, n° 6, p. 705-714.

CHOINIÈRE, R., P. LAFONTAINE, M. PAGEAU et M. FERLAND (1998). *La mortalité au Québec. Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, janvier.

COHEN, M.M. et L. MACWILLIAMS (1995). « Measuring the health of the population », *Med Care*, vol. 33 (suppl.) : DS21.

COHEN, M.M. et L. MACWILLIAM (1994). *Population Health : Health Status Indicators*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Departement of Community Health Sciences, Faculty of Medecine, University of Manitoba, Winnipeg.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Indicateurs : suivi des résultats de la Transformation du réseau*, comité MSSS-Régies régionales sur le Suivi de la transformation du réseau, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, MSSS, février.

PAGEAU, M., M. FERLAND, R. CHOINIÈRE et Y. SAUVAGEAU (1997). *Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

PAMPALON, R. (1993). « Avoidable mortality in Québec and its regions », *Soc. Sci. Med*, vol. 37, N° 6. p. 823-831.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (1997). *Suivi des répercussions de la Transformation des services de santé et des services sociaux sur l'utilisation des services et la santé de la population*, mars.

ROOS, N.P. et E. SHAPIRO (1995). « Using the information system to assess change : The impact of downsizing the acute sector », *Med Care*, vol. 33 (suppl.) : DS109.

ROOS, N.P., C.D. BLACK, N. FROHLICH *et al.* (1995). « A population-Based health information system », *Med Care*, vol. 33 (suppl.) : DS13.

TREURNET, H.F., C.W.N. LOOMAN, P.J. MAAS et J.P. MACKENBACH (1999). « Variations in 'avoidable' mortality : A reflection of variations in incidence? » *Int. J. of Epidemiology*, vol. 28, p. 225-232.

WEISSMAN, J.S., C. GATSONIS et A.M. EPSTEIN (1992). « Rates of avoidable hospitalization by insurance states in Massachusetts and Maryland », *JAMA*, vol. 268, p. 2388-2394.

WEISSMAN, J.S., J.Z. AYANIAN, S. CHANSAN-TABER *et al.* (1999). « Hospital readmissions and quality of care », *Med Care*, vol. 37, n° 5, p. 490.

ANNEXES

TABLEAUX 1 À 16

Tableau 1

HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE PHYSIQUE : CHIRURGIE + MÉDECINE + OBSTÉTRIQUE + NOUVEAU-NÉS (EXCLUANT CEUX EN BONNE SANTÉ) DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC

CHUQ	**36353**	**34387**	**35809**	**34951**	**-3,9%**
CHUL	11246	10766	10605	10280	-8,6%
Hôtel-Dieu de Québec	10301	9771	9658	9196	-10,7%
Saint-François d'Assise	14806	13850	15646	15475	4,5%
CHA	**22082**	**21674**	**24851**	**23435**	**6,2%**
Enfant-Jésus	11895	11086	11447	11579	-2,7%
Saint-Sacrement	10187	10588	13104	11856	16,6%
HÔPITAL LAVAL	**11974**	**11347**	**11508**	**11773**	**-1,7%**
MODIFIÉS	**15590**	**13650**	**188**	**134**	**-99,1%**
Christ-Roi	5687	5235	0	0	-100,0%
Sainte-Anne-de-Beaupré	394	301	101	134	-66,0%
Courchesne	744	619	85	0	-100,0%
Jeffery Hale	4594	3535	0	0	-100,0%
Chauveau	4171	3960	0	0	-100,0%
PÉRIPHÉRIE	**2566**	**2458**	**2630**	**2400**	**-6,5%**
La Malbaie	1703	1583	1677	1541	-9,5%
Charlevoix	863	875	953	859	-0,5%
Total	**88545**	**83516**	**74781**	**72693**	**-17,9%**

CHUQ	**9,5**	**8,8**	**8,2**	**8,0**	**-15,8%**
CHUL	8,1	7,8	7,3	7,3	-10,3%
Hôtel-Dieu de Québec	10,9	10,4	9,8	9,9	-9,6%
Saint-François d'Assise	9,5	8,6	7,7	7,3	-23,0%
CHA	**9,4**	**8,8**	**7,8**	**7,7**	**-17,7%**
Enfant-Jésus	9,8	9,7	9,3	9,0	-8,5%
Saint-Sacrement	8,9	7,8	6,5	6,7	-25,0%
HÔPITAL LAVAL	**8,2**	**7,5**	**7,7**	**7,1**	**-13,0%**
MODIFIÉS	**7,5**	**7,4**	**24,1**	**20,5**	**173,3%**
Christ-Roi					
Sainte-Anne-de-Beaupré					
Courchesne					
Jeffery Hale					
Chauveau					
PÉRIPHÉRIE	**9,0**	**8,0**	**7,6**	**7,5**	**-16,9%**
La Malbaie					
Charlevoix					
Total	**8,9**	**8,4**	**8,0**	**7,8**	**-12,4%**

La source de données est le fichier APR-DRG (J57). Les soins de courte durée physique comprennent les hospitalisations en médecine, en chirurgie, en obstétrique et les nouveau-nés qui reçoivent des soins particuliers. On ne tient pas compte des nouveau-nés normaux qui occupent seulement un berceau. Pour la production hospitalière, on étudie les hospitalisations peu importe le lieu de résidence des personnes hospitalisées.

On étudie la variation de la production hospitalière entre 1994-1995 et 1997-1998 pour les trois pavillons du CHUQ (CHUL, Hôtel-Dieu de Québec et Saint-François d'Assise), les deux pavillons du CHA (Saint-Sacrement et Enfant-Jésus), l'Hôpital Laval, les deux établissements situés en périphérie (Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et Centre hospitalier de Charlevoix) et les cinq établissements dont la vocation a été modifiée en 1995-1996 (Hôpital Christ-Roi, Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, Hôpital Jeffery Hale, Centre hospitalier Chauveau et Centre hospitalier Courchesne). En 1997-1998, parmi les établissements modifiés, seulement l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré a des hospitalisations en médecine qui sont déclarées dans le fichier MED-ÉCHO.

Tableau 2

HOSPITALISATIONS EN CHIRURGIE, NOMBRE D'INTERVENTIONS EN CHIRURGIE D'UN JOUR, PROPORTION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS EN CHIRURGIE D'UN JOUR ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHIRURGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC

CHUQ	14643	14062	14232	13641	-6,7%	-3,0%	11358	13798	15288	34,6%	44,7%	49,9%	52,4%	7,7%	10,3	9,2	8,8	8,3	-18,7%
CHUL	4343	4136	3907	3538	-18,5%	-14,5%	3779	5460	6540	73,1%	46,8%	58,3%	66,0%	17,1%	8,2	7,4	6,8	7,2	-11,6%
Hôtel-Dieu de Québec	5667	5430	5448	5410	-5,0%	-0,4%	3034	3256	3487	14,9%	36,4%	38,2%	39,7%	3,3%	12,0	10,9	10,3	9,7	-19,4%
Saint-François d'Assise	4903	4496	4877	4693	-4,3%	4,4%	4545	5072	5261	15,8%	48,8%	48,5%	50,2%	1,4%	10,1	8,9	8,2	7,6	-34,3%
CHA	9575	9781	9754	8948	-6,5%	-8,6%	6007	9130	9875	64,4%	37,4%	47,2%	51,2%	13,8%	10,1	9,3	8,2	8,5	-16,8%
Enfant-Jésus	5364	5215	5496	5636	5,1%	8,1%	3131	4787	4966	58,6%	37,5%	46,9%	47,0%	9,5%	11,1	10,7	9,7	9,6	-13,4%
Saint-Sacrement	4211	4576	4258	3311	-21,4%	-27,6%	2876	4333	4909	70,7%	37,3%	47,5%	58,1%	16,6%	8,9	7,8	6,4	6,5	-27,0%
HÔPITAL LAVAL	4485	4447	4489	4615	7,8%	8,3%	935	1055	1299	38,8%	17,5%	19,2%	21,4%	3,9%	10,8	9,6	9,6	8,7	-19,8%
MODIFIÉS	4891	4273	50	0	-100,0%	-100,0%	6377	155	0	-100,0%	56,6%	0%	0%		5,9	5,3	1,3	0,0	-100,0%
Christ-Roi	1760	1645	0	0	-100,0%	-100,0%	1717	0	0	-100,0%	49,7%	0%	0%		7,1	6,3	0,0	0,0	-100,0%
Courcheene	582	468	50	0	-100,0%	-100,0%	820	155	0	-100,0%	63,7%	0%	0%		2,1	1,3	1,3	0,0	-100,0%
Jeffery Hale	1302	964	0	0	-100,0%	-100,0%	2838	0	0	-100,0%	70,0%	0%	0%		6,3	5,8	0,0	0,0	-100,0%
Chauveau	1237	1196	0	0	-100,0%	-100,0%	1202	0	0	-100,0%	47,0%	0%	0%		5,8	4,7	0,0	0,0	-100,0%
PÉRIPHÉRIQUES	440	412	521	477	8,4%	15,8%	247	580	925	274,5%	37,5%	52,7%	66,0%	28,5%	7,0	5,3	4,6	5,5	-23,4%
La Malbaie	233	158	274	321	37,8%	101,9%	209	200	336	60,8%	53,3%	41,1%	50,7%	-2,6%	6,1	5,6	4,8	5,3	-13,2%
Charlevoix	207	253	247	156	-24,6%	-38,3%	38	380	589	1450,0%	14,0%	61,8%	79,3%	65,3%	8,0	5,2	4,4	5,5	-31,0%
Total	34314	32965	28038	27883	-18,7%	-15,5%	24624	24708	27387	9,9%	42,6%	46,5%	48,9%	6,3%	9,6	8,7	8,5	8,4	-13,0%

La source de données est le fichier APR-DRG (J57).

On étudie la variation de la production hospitalière entre 1994-1995 et 1997-1998 pour les trois pavillons du CHUQ (CHUL, Hôtel-Dieu de Québec et Saint-François d'Assise), les deux pavillons du CHA (Saint-Sacrement et Enfant-Jésus), l'Hôpital Laval, les deux établissements situés en périphérie (Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et Centre hospitalier de Charlevoix) et les cinq établissements dont la vocation a été modifiée en 1995-1996 (Hôpital Christ-Roi, Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, Hôpital Jeffery Hale, Centre hospitalier Chauveau et Centre hospitalier Courcheene). En 1997-1998, parmi les établissements modifiés, seulement l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré a des hospitalisations en médecine qui sont déclarées dans le fichier MED-ÉCHO.

Tableau 3

HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MÉDECINE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC

CHUQ	**17818**	**17000**	**16593**	**16305**	**-8,5%**	**8,8**	**8,5**	**8,2**	**8,1**	**-8,0%**
CHUL	6494	6238	6313	6333	-2,5%	7,4	7,5	6,9	6,7	-9,9%
Hotel-Dieu de Québec	4595	4332	4207	3781	-17,7%	9,5	9,8	9,2	10,1	6,1%
Saint-François d'Assise	6729	6430	6073	6191	-8,0%	9,6	8,6	8,8	8,2	-14,2%
CHA	**9648**	**9048**	**9881**	**9908**	**2,7%**	**10,1**	**9,8**	**9,7**	**9,3**	**-7,9%**
Enfant-Jésus	5831	5378	5897	5897	1,1%	9,2	9,1	8,9	8,4	-8,7%
Saint-Sacrement	3817	3670	3984	4011	5,1%	11,6	10,8	10,9	10,6	-8,8%
HÔPITAL LAVAL	**7489**	**6882**	**7024**	**6946**	**-7,3%**	**6,7**	**6,2**	**6,5**	**6,1**	**-9,0%**
MODIFIÉS	**5947**	**5313**	**136**	**134**	**-97,7%**	**12,1**	**12,9**	**32,5**	**20,5**	**69,4%**
Christ-Roi	2093	1935	0	0	-100,0%	10,6	10,6	0	0	-100,0%
Sainte-Anne-de-Beaupré	394	301	101	134	-66,0%	12,5	14,1	23,4	20,5	64,9%
Courchesne	152	151	35	0	-100,0%	44,0	48,6	58,9	0	-100,0%
Jeffery Hale	1386	1208	0	0	-100,0%	11,8	10,8	0	0	-100,0%
Chauveau	1922	1718	0	0	-100,0%	9,7	11,1	0	0	-100,0%
PÉRIPHÉRIQUES	**1873**	**1809**	**1875**	**1694**	**-9,6%**	**10,2**	**9,2**	**9,0**	**8,9**	**-12,7%**
La Malbaie	1233	1193	1176	1000	-18,9%	8,7	7,8	8,0	7,1	-18,3%
Charlevoix	640	616	699	694	8,4%	13,0	11,9	10,5	11,0	-15,8%
Total	**42775**	**40052**	**35509**	**34987**	**-18,2%**	**8,0**	**7,7**	**7,2**	**6,9**	**-13,8%**

La source de données est le fichier APR-DRG (J57).

On étudie la variation de la production hospitalière entre 1994-1995 et 1997-1998 pour les trois pavillons du CHUQ (CHUL, Hôtel-Dieu de Québec et Saint-François d'Assise), les deux pavillons du CHA (Saint-Sacrement et Enfant-Jésus), l'Hôpital Laval, les deux établissements situés en périphérie (Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et Centre hospitalier de Charlevoix) et les cinq établissements dont la vocation a été modifiée en 1995-1996 (Hôpital Christ-Roi, Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, Hôpital Jeffery Hale, Centre hospitalier Chauveau et Centre hospitalier Courchesne). En 1997-1998, parmi les établissements modifiés, seulement l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré a des hospitalisations en médecine qui sont déclarées dans le fichier MED-ÉCHO.

Tableau 4

HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR L'OBSTÉTRIQUE ET LES NOUVEAU-NÉS

CHUQ	**3592**	**3325**	**5084**	**5005**	**39,3%**	**9,8**	**9,0**	**7,0**	**6,8**	**-30,6%**
CHUL	409	392	385	409	0,0%	18,9	16,4	19,1	17,0	-9,8%
Hôtel-Dieu de Québec	9	9	3	5	-44,4%	3,4	5,7	1,3	2,4	-30,2%
Saint-François d'Assise	3174	2924	4696	4591	44,6%	8,7	8,0	6,0	5,9	-32,2%
CHA	**2839**	**2835**	**4916**	**4578**	**61,3%**	**4,4**	**3,9**	**3,0**	**3,0**	**-31,8%**
Enfant-Jésus	700	493	54	44	-93,7%	5,5	5,2	6,7	11,3	104,9%
Saint-Sacrement	2139	2342	4862	4534	112,0%	4,0	3,6	3,0	2,9	-26,9%
HÔPITAL LAVAL	**20**	**18**	**12**	**12**	**-40,0%**	**3,3**	**3,3**	**2,6**	**3,5**	**6,1%**
MODIFIÉS	**4752**	**4064**	**0**	**0**	**-100,0%**	**4,0**	**3,7**			**-100,0%**
Christ-Roi	1834	1655	0	0	-100,0%	4,2	3,8	0	0	-100,0%
Jeffery Hale	1906	1363	0	0	-100,0%	3,9	3,7	0	0	-100,0%
Chauveau	1012	1046	0	0	-100,0%	4,1	3,7	0	0	-100,0%
PÉRIPHÉRIQUES	**253**	**237**	**234**	**229**	**-9,5%**	**3,8**	**3,8**	**3,1**	**3,0**	**-21,6%**
La Malbaie	237	231	227	220	-7,2%	3,7	3,8	3,1	3,0	-20,3%
Charlevoix	16	6	7	9	-43,8%	5,0	2,3	3,4	2,1	-57,8%
Total	**11047**	**10087**	**9861**	**9415**	**-14,8%**	**5,5**	**5,0**	**4,5**	**4,4**	**-19,2%**

La source de données est le fichier APR-DRG (J57). On ne tient pas compte des nouveau-nés en bonne santé qui occupent seulement un berceau.

Tableau 5

HOSPITALISATIONS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE EN SANTÉ MENTALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC

CHUQ	**1394**	**1394**	**1481**	**1413**	**1,4%**	**23,1**	**23,4**	**21,2**	**21,6**	**-6,5%**
CHUL	539	503	530	580	7,6%	25,0	25,0	22,4	25,4	1,4%
Hôtel-Dieu de Québec	365	367	405	439	20,3%	26,5	24,8	23,9	18,8	-34,2%
Saint-François d'Assise	490	524	526	394	-19,6%	17,0	20,9	17,9	20,1	18,1%
CHA	**994**	**969**	**987**	**1031**	**3,7%**	**31,5**	**31,4**	**28,7**	**25,2**	**-20,1%**
Enfant-Jésus	623	635	666	725	16,4%	30,4	30,5	27,6	23,7	-22,3%
Saint-Sacrement	371	324	321	306	-17,5%	33,4	33,1	31,0	28,9	-13,5%
HÔPITAL LAVAL	**112**	**148**	**199**	**203**	**81,3%**	**7,3**	**6,2**	**7,0**	**4,1**	**-43,7%**
MODIFIÉS	**323**	**292**	**32**	**46**	**-85,8%**	**28,4**	**29,0**	**46,2**	**37,6**	**30,3%**
Christ-Roi	52	58	3		-100,0%	19,0	13,3	19,7		-100,0%
Sainte-Anne-de-Beaupré	36	31	10	15	-60,5%	21,4	23,6	42,0	36,1	68,6%
Courcheane	10	7	2		-100,0%	117,5	57,9	144,0		-100,0%
Jeffery Hale	163	152	17	31	-81,0%	33,0	35,6	39,9	37,5	13,8%
Chauveau	60	44	0		-100,0%	13,7	26,0	0,0		-100,0%
PÉRIPHÉRIQUES	**203**	**223**	**204**	**194**	**-4,4%**	**20,4**	**13,7**	**16,1**	**14,2**	**-30,2%**
La Malbaie	97	116	93	91	-6,2%	12,9	10,8	13,8	12,2	-5,6%
Charlevoix	106	107	111	103	-2,8%	27,2	16,8	18,0	16,0	-41,2%
PSYCHIATRIQUES	**1584**	**1868**	**1472**	**1336**	**-15,7%**	**58,3**	**64,0**	**53,3**	**46,9**	**-11,8%**
Robert-Giffard	453	457	418	1065 [1]	-18,1%	83,1	85,9	79,7	53,7	-10,0%
Roy-Rousseau	847	924	788			47,3	45,0	45,9		
Sacré-Coeur de Jésus de Québec	284	287	266	270	-4,9%	34,9	32,6	33,8	29,7	-14,9%
Total	**4610**	**4881**	**4355**	**4222**	**-8,4%**	**35,8**	**35,3**	**33,0**	**30,2**	**-15,7%**

(1) Pour 1997-1998, les données du Pavillon Roy-Rousseau sont comprises dans celles du Centre hospitalier Robert-Giffard.

Tableau 6

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN CHIRURGIE, EN MÉDECINE ET POUR L'OBSTÉTRIQUE ET LES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS, DE 1994-1995 À 1997-1998

PROVINCE	236 122	188 378	-20%	351 496	349 489	-1%	119 959	102 921	-14%	707 577	640 788	-9%
RÉGIONS												
Montréal-Centre	61 356	46 687	-24%	79 604	77 451	-3%	31 867	27 465	-14%	172 827	151 603	-12%
Montérégie	38 116	30 642	-20%	55 110	60 287	9%	21 589	18 421	-15%	114 815	109 350	-5%
Mauricie et Centre-du-Québec	16 875	13 306	-21%	28 395	26 890	-5%	7 225	6 351	-12%	52 495	46 547	-11%
Laval	9 844	8 519	-13%	10 158	13 054	29%	5 496	4 658	-15%	25 498	26 231	3%
Estrie	9 257	7 616	-18%	16 799	16 768	0%	4 312	3 992	-7%	30 368	28 376	-7%
Chaudière-Appalaches	13 341	10 189	-24%	20 025	18 404	-8%	5 713	5 242	-8%	39 079	33 835	-13%
Québec	22 046	18 040	-18%	32 248	27 206	-16%	9 074	7 841	-14%	63 368	53 087	-16%
TERRITOIRES LOCAUX [2]												
Portneuf	1 675	1 372	-18%	2 138	1 801	-16%	637	481	-24%	4 450	3 654	-18%
Ste-Foy/Sillery	3 864	3 271	-15%	5 299	4 467	-16%	1 636	1 281	-22%	10 799	9 019	-16%
Québec-Centre	6 450	5 099	-21%	10 335	8 839	-14%	2 023	1 811	-10%	18 808	15 749	-16%
Loretteville/Val-Bélair	2 291	1 830	-20%	3 231	2 354	-27%	1 584	1 400	-12%	7 106	5 584	-21%
Beauport/Orléans	3 523	2 978	-15%	4 850	4 345	-10%	1 567	1 319	-16%	9 940	8 642	-13%
Charlesbourg	2 987	2 443	-18%	4 035	3 333	-17%	1 204	1 161	-4%	8 226	6 937	-16%
Charlevoix	1 256	1 047	-17%	2 360	2 067	-12%	423	388	-8%	4 039	3 502	-13%

Source : Fichier APR-DRG (J57).

(1) Les nouveau-nés en bonne santé et qui n'occupent qu'un berceau sont exclus.

(2) Pour les fins de la présente analyse on a regroupé les établissements territoriaux (CLSC ou CLSC-CHSLD) en sept territoires locaux selon l'appellation suivante : Portneuf (CLSC et CHSLD de Portneuf), Ste-Foy/Sillery (CSLC-CHSLD Sainte-Foy — Sillery — Laurentien), Québec-Centre (CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier et CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières), Loretteville/Val-Bélair (CLSC de la Jacques-Cartier), Beauport-Orléans (CLSC Orléans), Charlesbourg (CLSC La Source) et Charlevoix (CLSC Charlevoix).

Tableau 7

ÉVOLUTION DE LA TAILLE DE LA POPULATION DE 1994 À 1997

PROVINCE	7 276 225	7 453 827	2,4%	1 690 153	1 685 086	-0,3%
RÉGIONS						
Montréal-Centre	1 839 200	1 857 486	1,0%	425 878	416 799	-2,1%
Montérégie	1 301 918	1 362 182	4,6%	306 022	311 804	1,9%
Mauricie et Centre-du-Québec	484 510	489 759	1,1%	106 295	105 261	-1,0%
Laval	337 694	351 441	4,1%	78 629	79 616	1,3%
Estrie	279 563	283 598	1,4%	62 845	62 214	-1,0%
Chaudière-Appalaches	382 739	386 738	1,0%	86 348	84 978	-1,6%
Québec	641 873	649 768	1,2%	151 678	148 144	-2,3%
TERRITOIRES LOCAUX						
Portneuf	44 293	44 182	-0,3%	9 205	8 861	-3,7%
Ste-Foy/Sillery	132 333	135 289	2,2%	32 313	31 514	-2,5%
Québec-Centre	157 051	155 003	-1,3%	35 585	33 425	-6,1%
Loretteville/Val-Bélair	80 214	83 931	4,6%	20 772	21 506	3,5%
Beauport/Orléans	104 430	106 128	1,6%	24 538	24 200	-1,4%
Charlesbourg	92 849	95 330	2,7%	22 771	22 507	-1,2%
Charlevoix	30 703	29 905	-2,6%	6 494	6 131	-5,6%

Source : Projection de la population de l'ISQ (Institut de la statistique du Québec, anciennement le BSQ) basée sur le recensement de 1991.

Tableau 8

ÉVOLUTION DES TAUX D'HOSPITALISATIONS POUR 1 000 PERSONNES EN CHIRURGIE, EN MÉDECINE ET POUR L'OBSTÉTRIQUE ET LES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS, DE 1994-1995 À 1997-1998

PROVINCE	33,3	25,3	-24%	49,7	46,9	-6%	71,0	61,1	-14%
RÉGIONS									
Montréal-Centre	31,7	23,3	-26%	40,3	37,8	-6%	74,9	65,9	-12%
Montérégie	31,6	23,7	-25%	46,9	47,6	1%	70,6	59,1	-16%
Mauricie et Centre-du-Québec	34,3	25,8	-25%	57,1	52,2	-9%	68,0	60,3	-11%
Laval	30,9	24,8	-20%	33,5	39,7	19%	69,9	58,5	-16%
Estrie	33,3	26,3	-21%	59,3	56,6	-5%	68,6	64,2	-6%
Chaudière-Appalaches	36,4	26,6	-27%	54,0	47,5	-12%	66,2	61,7	-7%
Québec	34,4	26,9	-22%	51,2	41,3	-19%	59,8	52,9	-12%
TERRITOIRES LOCAUX									
Portneuf	36,4	28,7	-21%	45,4	36,7	-19%	69,2	54,3	-22%
Ste-Foy/Sillery	29,6	23,3	-21%	42,1	32,7	-22%	50,6	40,6	-20%
Québec-Centre	36,9	28,7	-22%	58,0	48,6	-16%	56,8	54,2	-5%
Loretteville/Val-Bélair	36,0	26,3	-27%	56,8	37,1	-35%	76,3	65,1	-15%
Beauport/Orléans	34,3	27,6	-20%	47,9	41,1	-14%	63,9	54,5	-15%
Charlesbourg	34,5	26,5	-23%	51,1	40,0	-22%	52,9	51,6	-2%
Charlevoix	39,3	32,4	-18%	72,1	60,8	-16%	65,1	63,3	-3%

Sources : Le numérateur provient des fichiers APR-DRG (J57) et le dénominateur du fichier de projection de la population du BSQ.

Les taux d'hospitalisations pour la chirurgie et la médecine sont ajustés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997 (projection de la population du BSQ).

Le taux d'hospitalisation pour l'obstétrique-nouveau-né est un taux brut. Le numérateur exclut les nouveau-nés en bonne santé et inclut les femmes de 14-44 ans, le dénominateur n'inclut que les femmes de 14-44 ans.

Tableau 9

ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (jours) EN CHIRURGIE, EN MÉDECINE ET POUR L'OBSTÉTRIQUE ET LES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS, DE 1994-1995 À 1997-1998[1]

PROVINCE	9,1	8,6	-5%	8,9	7,6	-15%	4,5	4,0	-11%
RÉGIONS									
Montréal-Centre	10,1	9,7	-4%	10,1	8,6	-15%	4,5	4,0	-11%
Montérégie	8,9	8,4	-6%	8,4	7,0	-17%	4,3	3,9	-9%
Mauricie et Centre-du-Québec	9,0	8,9	-1%	9,4	7,6	-19%	4,7	4,0	-15%
Laval	8,2	7,9	-4%	8,6	7,9	-8%	4,3	3,8	-12%
Estrie	10,1	9,0	-11%	8,2	6,5	-21%	4,6	4,0	-13%
Chaudière-Appalaches	8,1	7,6	-6%	9,0	7,5	-17%	4,9	4,1	-16%
Québec	9,5	8,3	-13%	9,7	8,5	-12%	5,0	4,1	-18%
TERRITOIRES LOCAUX									
Portneuf	9,8	8,5	-13%	9,6	8,5	-11%	5,3	4,2	-21%
Ste-Foy/Sillery	9,3	7,5	-19%	9,2	8,1	-12%	4,6	3,6	-22%
Québec-Centre	10,6	9,3	-12%	10,9	9,2	-16%	5,1	4,1	-20%
Loretteville/Val-Bélair	8,0	8,0	0%	8,4	7,1	-15%	5,0	3,9	-22%
Beauport/Orléans	9,4	8,5	-10%	9,2	8,4	-9%	5,3	4,4	-17%
Charlesbourg	9,2	7,8	-15%	8,9	8,4	-6%	4,6	4,2	-9%
Charlevoix	8,0	7,0	-13%	9,6	8,4	-13%	5,4	4,8	-11%

Source : Fichiers APR-DRG (J57).

(1) Le calcul de la durée moyenne de séjour ne tient pas compte de la portion du séjour longue durée dans un lit de courte durée.

Tableau 10

ÉVOLUTION DU POURCENTAGE D'HOSPITALISATION AVEC GRAVITÉ CLINIQUE ÉLEVÉE OU EXTRÊME (CAS SÉVÈRES) EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, DE 1994-1995 À 1997-1998[1]

PROVINCE	9,0	13,7	4,7	15,8	20,0	4,2	13,1	17,8	4,7
RÉGIONS									
Montréal-Centre	11,3	16,4	5,1	19,0	23,6	4,6	15,7	20,9	5,2
Montérégie	9,0	13,7	4,7	17,0	20,9	3,9	13,7	18,5	4,8
Mauricie et Centre-du-Québec	8,2	13,2	5,0	14,5	17,2	2,7	12,2	15,9	3,7
Laval	8,7	12,3	3,6	17,3	19,8	2,5	13,1	16,8	3,7
Estrie	10,7	14,6	3,9	18,2	19,8	3,6	14,3	18,2	3,9
Chaudière-Appalaches	7,0	12,5	5,5	13,5	19,0	5,5	10,9	16,7	5,8
Québec	9,3	14,2	4,9	15,7	21,9	6,2	13,1	18,9	5,8
TERRITOIRES LOCAUX									
Portneuf	8,5	13,5	5,0	15,9	22,2	6,3	12,7	18,4	5,7
Ste-Foy/Sillery	8,0	11,6	3,6	14,5	19,7	5,2	11,7	16,2	4,5
Québec-Centre	11,1	17,2	6,1	16,9	24,3	7,4	14,7	21,7	7,0
Loretteville/Val-Bélair	7,9	12,5	4,6	14,8	15,8	1,0	12,0	14,4	2,4
Beauport/Orléans	10,3	14,4	4,1	17,0	25,6	8,6	14,2	21,0	6,8
Charlesbourg	8,0	13,4	5,4	13,2	20,1	6,9	11,0	17,3	6,3
Charlevoix	8,2	13,5	5,3	16,1	19,9	3,8	13,3	17,7	4,4

Sources : Fichiers APR-DRG (J57) et les cas sévères sont l'addition de la classe 3 (élevée) et 4 (extrême) de la variable gravité clinique.

(1) % = Nombre de cas sévères divisé par le nombre total de cas (hospitalisations).

Tableau 11

ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DU TAUX D'HOSPITALISATIONS (pour 1 000) AVEC GRAVITÉ CLINIQUE ÉLEVÉE OU EXTRÊME (CAS SÉVÈRES) EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, DE 1994-1995 À 1997-1998

PROVINCE	21 422	3	25 818	3,5	55 665	8	69 961	9,4	77 087	11	95 779	12,9
RÉGIONS												
Montréal-Centre	6 936	3,4	7 651	3,6	15 152	7,4	18 259	8,4	22 088	10,8	25 910	12
Montérégie	3 430	3,1	4 211	3,4	9 343	8,6	12 585	10,5	12 773	11,7	16 796	13,9
Mauricie et Centre-du-Québec	1 379	2,7	1 752	3,3	4 128	8,1	4 631	8,5	5 507	10,8	6 383	11,8
Laval	859	2,9	1 044	3,2	1 758	6,4	2 579	8,3	2 617	9,3	3 623	11,5
Estrie	990	3,5	1 113	3,7	2 726	9,5	3 314	10,8	3 716	13	4 427	14,5
Chaudière-Appalaches	935	2,8	1 271	3,3	2 711	7,4	3 495	9	3 646	10	4 766	12,3
Québec	2 059	3,3	2 568	3,8	5 070	8,1	5 995	8,9	7 129	11,4	8 563	12,7
TERRITOIRES LOCAUX												
Portneuf	143	3	185	3,6	340	6,9	399	7,6	483	9,9	584	11,2
Ste-Foy/Sillery	310	2,5	379	2,7	766	6,2	876	6,3	1 076	8,7	1 257	9
Québec-Centre	719	3,7	876	4,6	1 750	8,9	2 146	10,7	2 469	12,6	3 022	15,3
Loretteville/Val-Bélair	182	3,5	229	3,9	478	10,9	372	7,1	660	14,4	601	11
Beauport/Orléans	363	3,6	428	4	823	8,3	1 111	10,4	1 186	11,9	1 539	14,4
Charlesbourg	239	3,2	328	3,9	534	8,1	669	8,8	773	11,3	997	12,7
Charlevoix	103	3	141	4,1	379	11,1	411	11,3	482	14,1	552	15,4

Sources : Fichiers APR-DRG (J57) et les cas sévères sont l'addition de la classe 3 (élevée) et 4 (extrême) de la variable gravité clinique.

Les taux d'hospitalisation pour la chirurgie et la médecine sont ajustés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997 (projection de la population du BSQ).

Tableau 12

ADMISSIONS ET TAUX D'ADMISSION STANDARDISÉS POUR DES INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES POUR 10 000 HABITANTS, 1995-1996 À 1997-1998

	INTERVENTION						
PROVINCE	Adénoïdectomie	6 102	8,2	5 353	7,2	5 577	7,5
	Amygdalectomie	13 751	18,5	11 740	15,8	11 220	15,1
	Cholécystectomie	17 804	24,6	16 476	22,4	15 851	21,3
	Hémorroïdectomie	4 096	5,7	3 348	4,6	2 917	3,9
	Hystérectomie	14 570	39,8	13 397	36,0	12 728	33,7
	Laminectomie	2 938	4,0	2 605	3,5	2 612	3,5
	Total	**59 261**	**100,8**	**52 919**	**89,5**	**50 905**	**84,9**
RÉGIONS							
Montréal-Centre	Adénoïdectomie	924	5,6	961	5,7	888	5,3
	Amygdalectomie	2 641	15,8	2 525	15,0	2 205	13,0
	Cholécystectomie	4 321	22,2	3 896	20,0	3 708	18,9
	Hémorroïdectomie	1 048	5,6	885	4,7	693	3,7
	Hystérectomie	2 687	28,5	2 389	25,0	2 253	23,3
	Laminectomie	613	3,3	465	2,5	466	2,5
	Total	**12 234**	**81,1**	**11 121**	**73,1**	**10 213**	**66,7**
Montérégie	Adénoïdectomie	1 092	7,6	966	6,6	910	6,2
	Amygdalectomie	2 489	17,6	2 021	14,2	1 911	13,3
	Cholécystectomie	2 893	23,0	2 538	19,8	2 389	18,2
	Hémorroïdectomie	623	4,9	492	3,7	465	3,5
	Hystérectomie	2 779	42,3	2 512	37,4	2 304	33,6
	Laminectomie	604	4,6	492	3,7	529	3,9
	Total	**10 480**	**99,9**	**9 021**	**85,3**	**8 508**	**78,5**
Mauricie et Centre-du-Québec	Adénoïdectomie	540	11,4	474	10,2	486	10,6
	Amygdalectomie	1 211	25,3	1 050	22,1	948	20,2
	Cholécystectomie	1 265	25,8	1 132	22,9	1 136	22,6
	Hémorroïdectomie	292	6,0	160	3,3	115	2,3
	Hystérectomie	1 052	43,4	876	35,8	845	34,1
	Laminectomie	182	3,8	211	4,4	226	4,6
	Total	**4 542**	**115,6**	**3 903**	**98,6**	**3 756**	**94,5**
Laval	Adénoïdectomie	264	7,3	196	5,4	236	6,5
	Amygdalectomie	539	15,3	524	14,7	511	14,2
	Cholécystectomie	811	24,1	747	21,6	711	20,4
	Hémorroïdectomie	184	5,4	171	5,0	108	3,1
	Hystérectomie	598	35,0	609	34,8	561	31,4
	Laminectomie	108	3,1	108	3,1	88	2,5
	Total	**2 504**	**90,2**	**2 355**	**84,6**	**2 215**	**76,0**
Estrie	Adénoïdectomie	282	9,8	217	7,6	247	8,7
	Amygdalectomie	467	16,1	444	15,4	376	13,2
	Cholécystectomie	680	24,6	607	21,7	606	21,3
	Hémorroïdectomie	129	4,7	78	2,8	85	3,0
	Hystérectomie	670	48,9	658	47,4	554	39,5
	Laminectomie	150	5,6	147	5,4	192	7,0
	Total	**2 378**	**109,6**	**2 151**	**100,3**	**2 060**	**92,8**
Chaudière-Appalaches	Adénoïdectomie	495	12,2	450	11,3	475	12,1
	Amygdalectomie	982	24,0	814	20,1	825	20,7
	Cholécystectomie	910	24,9	899	24,3	845	22,5
	Hémorroïdectomie	171	4,6	148	4,0	125	3,3
	Hystérectomie	975	52,2	806	42,8	834	43,9
	Laminectomie	137	3,7	131	3,5	120	3,2
	Total	**3 670**	**121,6**	**3 248**	**106,0**	**3 224**	**105,8**
Québec	Adénoïdectomie	770	13,4	614	10,8	761	13,5
	Amygdalectomie	1 362	23,0	1 175	19,8	1 182	20,2
	Cholécystectomie	1 455	22,0	1 396	20,9	1 488	22,0
	Hémorroïdectomie	318	4,8	239	3,6	250	3,7
	Hystérectomie	1 513	44,7	1 298	37,9	1 388	39,9
	Laminectomie	233	3,5	240	3,6	232	3,5
	Total	**5 651**	**111,5**	**4 962**	**96,6**	**5 301**	**102,7**

Tableau 12 (suite)

TERRITOIRES LOCAUX	INTERVENTION						
Portneuf	Adénoïdectomie	54	13,1	49	11,9	54	13,3
	Amygdalectomie	97	23,2	85	20,9	77	18,8
	Cholécystectomie	91	20,4	95	21,0	123	27,3
	Hémorroïdectomie	17	3,9	11	2,5	13	2,8
	Hystérectomie	87	40,1	84	38,9	90	40,8
	Laminectomie	8	1,7	11	2,4	10	2,3
	Total	**354**	**102,4**	**335**	**97,5**	**367**	**105,3**
Ste-Foy/Sillery	Adénoïdectomie	131	11,4	111	9,8	114	10,1
	Amygdalectomie	225	18,4	205	16,5	175	14,4
	Cholécystectomie	253	18,5	264	19,1	268	18,9
	Hémorroïdectomie	64	4,8	49	3,5	46	3,3
	Hystérectomie	273	37,8	237	32,3	299	39,6
	Laminectomie	27	2,0	36	2,7	42	3,1
	Total	**973**	**92,9**	**902**	**83,8**	**944**	**89,4**
Québec-Centre	Adénoïdectomie	167	14,3	124	10,7	144	12,0
	Amygdalectomie	295	24,9	254	21,4	242	19,7
	Cholécystectomie	372	21,9	336	19,3	346	20,2
	Hémorroïdectomie	80	5,0	67	3,9	58	3,6
	Hystérectomie	366	43,0	293	34,4	348	40,7
	Laminectomie	52	3,2	59	3,7	52	3,2
	Total	**1 332**	**112,3**	**1 133**	**93,4**	**1 190**	**99,5**
Loretteville-Val-Bélair	Adénoïdectomie	114	13,1	117	13,7	119	14,0
	Amygdalectomie	224	24,9	177	19,9	208	23,7
	Cholécystectomie	167	22,5	139	18,6	158	20,5
	Hémorroïdectomie	36	4,9	15	2,0	14	1,7
	Hystérectomie	230	60,0	171	41,4	182	43,7
	Laminectomie	37	4,4	41	4,8	29	3,3
	Total	**808**	**129,7**	**660**	**100,4**	**710**	**106,9**
Beauport-Orléans	Adénoïdectomie	177	17,4	109	11,0	168	17,1
	Amygdalectomie	250	24,3	221	21,8	225	22,5
	Cholécystectomie	270	25,6	257	24,1	235	21,8
	Hémorroïdectomie	55	5,1	46	4,3	55	5,0
	Hystérectomie	248	45,2	246	43,9	216	38,2
	Laminectomie	51	4,8	47	4,4	49	4,5
	Total	**1 051**	**122,3**	**926**	**109,4**	**948**	**109,1**
Charlesbourg	Adénoïdectomie	109	13,2	88	10,8	134	16,6
	Amygdalectomie	224	25,6	182	21,1	216	25,5
	Cholécystectomie	199	21,1	176	18,4	218	22,3
	Hémorroïdectomie	55	5,6	35	3,4	45	4,7
	Hystérectomie	226	45,6	209	40,1	180	34,7
	Laminectomie	44	4,5	35	3,6	42	4,2
	Total	**857**	**115,6**	**725**	**97,4**	**835**	**108,0**
Charlevoix	Adénoïdectomie	18	6,3	16	5,9	28	10,6
	Amygdalectomie	47	16,3	51	18,3	39	14,0
	Cholécystectomie	103	33,4	129	41,5	140	45,0
	Hémorroïdectomie	11	3,5	16	5,1	19	6,0
	Hystérectomie	83	55,0	58	38,1	73	48,0
	Laminectomie	14	4,6	11	3,9	8	2,8
	Total	**276**	**119,1**	**281**	**112,8**	**307**	**126,4**

*Source: fichiers MED-ÉCHO et APR-DRG.

*Les taux sont standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997.

*N'ont été sélectionnés que les DRG de catégorie chirurgicale ainsi que les interventions en soins de courte durée et en chirurgie de jour.

*Le nombre d'admissions pour une intervention discrétionnaire est comptabilisé à partir du code de traitement retenu par "GROUPER" dans APR_DRG.

*La population de référence au dénominateur pour le calcul des taux standardisés est celle de 1997. Pour les hystérectomies, les taux sont calculés sur la population des femmes seulement.

Tableau 13

NOMBRE ET TAUX D'INTERVENTIONS À HAUTE INTENSITÉ CHEZ LES PERSONNES DE CINQUANTE ANS ET PLUS POUR 10 000 HABITANTS, 1994-1995 À 1997-1998

PROVINCE	Angioplastie	4 672	24,2	5 101	25,8	4 830	23,8	5 210	25,0
	Opération sur le cristallin	16 347	85,6	31 859	161,9	32 336	159,7	34 921	167,8
	Pontage aortocoronarien	4 330	22,3	4 705	23,7	4 818	23,7	5 153	24,8
	Remplacement de la hanche (total)	2 143	11,1	2 268	11,5	2 138	10,5	2 282	11,0
	Remplacement de la hanche (autres)	1 422	7,6	1 533	7,9	1 653	8,2	1 626	7,8
	Remplacement total du genou	1 968	10,1	2 112	10,6	2 133	10,5	2 306	11,1
	Valvuloplastie	45	0,2	25	0,1	39	0,2	52	0,2
	Total	**30 927**	**161,1**	**47 603**	**241,6**	**47 947**	**236,7**	**51 552**	**247,7**
RÉGIONS									
Montréal-Centre	Angioplastie	1 372	25,0	1 434	25,7	1 483	26,2	1 548	26,9
	Opération sur le cristallin	4 051	66,6	9 653	156,2	9 404	149,8	9 724	152,3
	Pontage aortocoronarien	1 221	21,8	1 253	22,0	1 354	23,6	1 285	22,0
	Remplacement de la hanche (total)	661	11,1	668	11,1	584	9,6	590	9,5
	Remplacement de la hanche (autres)	510	8,2	542	8,5	575	8,8	599	9,0
	Remplacement total du genou	557	9,2	556	9,1	543	8,8	569	9,1
	Valvuloplastie	16	0,3	4	0,1	6	0,1	12	0,2
	Total	**8 388**	**142,1**	**14 110**	**232,6**	**13 949**	**226,8**	**14 327**	**229,0**
Montérégie	Angioplastie	685	21,5	835	25,3	805	23,5	952	27,0
	Opération sur le cristallin	2 824	97,4	4 837	160,3	4 976	158,6	5 475	168,2
	Pontage aortocoronarien	727	23,3	822	25,5	754	22,6	923	26,7
	Remplacement de la hanche (total)	341	11,4	382	12,3	350	10,8	370	11,1
	Remplacement de la hanche (autres)	209	7,6	225	7,7	253	8,3	242	7,6
	Remplacement total du genou	332	11,1	354	11,4	352	11,0	397	11,9
	Valvuloplastie	5	0,2	5	0,2	4	0,1	12	0,4
	Total	**5 123**	**172,4**	**7 460**	**242,6**	**7 494**	**235,0**	**8 371**	**252,8**
Mauricie et Centre-du-Québec	Angioplastie	278	20,0	348	24,6	320	22,0	404	27,2
	Opération sur le cristallin	1 378	95,2	2 844	191,1	2 880	188,8	2 960	189,1
	Pontage aortocoronarien	259	18,3	383	26,5	365	24,7	421	27,9
	Remplacement de la hanche (total)	162	11,3	160	10,9	161	10,8	161	10,6
	Remplacement de la hanche (autres)	98	6,8	127	8,5	155	10,1	130	8,1
	Remplacement total du genou	152	10,5	196	13,2	200	13,2	207	13,4
	Valvuloplastie	7	0,6	1	0,1	3	0,2	6	0,4
	Total	**2 334**	**162,7**	**4 059**	**274,9**	**4 084**	**269,8**	**4 289**	**276,7**
Laval	Angioplastie	339	37,5	340	37,1	260	27,3	293	29,8
	Opération sur le cristallin	423	56,2	1 140	144,3	1 210	145,3	1 368	158,8
	Pontage aortocoronarien	234	26,3	254	27,6	240	25,4	233	24,1
	Remplacement de la hanche (total)	81	10,1	113	13,2	90	9,7	108	11,6
	Remplacement de la hanche (autres)	67	9,9	78	11,1	76	10,2	72	9,2
	Remplacement total du genou	61	7,6	90	10,4	99	11,3	95	10,5
	Valvuloplastie	0	0,0	3	0,3	2	0,2	3	0,3
	Total	**1 205**	**147,6**	**2 018**	**244,1**	**1 977**	**229,4**	**2 172**	**244,3**
Estrie	Angioplastie	298	38,8	385	48,9	369	45,7	418	50,8
	Opération sur le cristallin	778	95,7	1 631	196,1	1 554	182,5	1 584	182,5
	Pontage aortocoronarien	229	29,5	227	28,4	207	25,5	240	26,9
	Remplacement de la hanche (total)	98	12,2	93	11,5	70	8,5	103	12,2
	Remplacement de la hanche (autres)	73	9,0	69	8,2	82	9,5	79	8,9
	Remplacement total du genou	58	7,2	59	7,2	73	8,7	87	10,2
	Valvuloplastie	2	0,3	1	0,1	1	0,1	1	0,1
	Total	**1 536**	**192,7**	**2 465**	**300,4**	**2 358**	**280,3**	**2 512**	**293,5**
Chaudière-Appalaches	Angioplastie	253	26,0	249	24,7	206	20,0	132	12,5
	Opération sur le cristallin	706	71,2	1 401	136,9	1 408	134,1	1 494	138,6
	Pontage aortocoronarien	260	26,1	249	24,6	291	28,3	293	27,8
	Remplacement de la hanche (total)	129	13,1	108	10,7	125	12,0	169	15,9
	Remplacement de la hanche (autres)	55	5,6	69	6,8	61	5,8	70	6,4
	Remplacement total du genou	115	11,6	122	12,1	137	13,3	148	14,1
	Valvuloplastie	2	0,2	3	0,3	4	0,4	1	0,1
	Total	**1 520**	**153,8**	**2 201**	**216,1**	**2 232**	**213,8**	**2 307**	**215,4**
Québec	Angioplastie	424	24,1	376	20,9	272	14,7	274	14,5
	Opération sur le cristallin	1 404	78,6	2 958	161,3	3 085	163,4	3 630	186,8
	Pontage aortocoronarien	402	23,1	434	24,4	507	27,7	580	30,9
	Remplacement de la hanche (total)	185	10,3	203	11,1	191	10,2	214	11,2
	Remplacement de la hanche (autres)	144	8,1	135	7,3	145	7,5	157	7,9
	Remplacement total du genou	227	12,6	213	11,5	174	9,3	215	11,2
	Valvuloplastie	6	0,4	1	0,1	2	0,1	7	0,4
	Total	**2 792**	**157,1**	**4 320**	**236,6**	**4 376**	**232,8**	**5 077**	**262,8**

N.B. : Pour l'opération sur le cristallin en 1994-1995, le taux est très sous-estimé, car à cette époque, certains établissements ne déclaraient pas la chirurgie d'un jour dans MED-ÉCHO.

Tableau 13 (suite)

	INTERVENTION								
TERRITOIRES LOCAUX									
Portneuf	Angioplastie	45	31,7	35	25,1	19	13,9	14	9,3
	Opération sur le cristallin	118	85,3	238	169,3	215	149,4	261	176,5
	Pontage aortocoronarien	34	24,1	29	21,1	38	25,9	50	33,3
	Remplacement de la hanche (total)	20	14,3	16	11,0	12	8,2	30	19,9
	Remplacement de la hanche (autres)	10	7,1	8	5,6	3	2,1	7	4,7
	Remplacement total du genou	6	4,5	19	13,5	9	6,1	22	15,1
	Valvuloplastie	1	0,7	0	0,0	1	0,7	1	0,6
	Total	**234**	**167,7**	**345**	**245,7**	**297**	**206,3**	**385**	**259,6**
Ste-Foy/Sillery	Angioplastie	105	29,9	76	21,5	50	13,2	50	12,7
	Opération sur le cristallin	247	71,2	570	156,4	586	153,4	703	176,6
	Pontage aortocoronarien	80	23,1	88	24,5	94	25,3	100	25,8
	Remplacement de la hanche (total)	35	9,9	56	15,3	39	10,2	44	11,3
	Remplacement de la hanche (autres)	22	6,4	24	6,7	15	3,8	27	6,7
	Remplacement total du genou	37	10,6	50	13,5	29	7,5	36	9,2
	Valvuloplastie	2	0,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0
	Total	**528**	**151,7**	**867**	**238,1**	**813**	**213,5**	**960**	**242,2**
Québec-Centre	Angioplastie	109	21,2	111	21,8	85	16,3	89	17,7
	Opération sur le cristallin	463	73,8	1 074	172,5	1 101	171,7	1 255	194,0
	Pontage aortocoronarien	115	22,9	128	25,0	139	27,0	165	32,0
	Remplacement de la hanche (total)	54	9,1	55	9,6	60	10,0	48	7,9
	Remplacement de la hanche (autres)	53	7,8	55	7,9	66	9,1	64	8,7
	Remplacement total du genou	91	15,4	60	10,0	45	7,2	60	9,9
	Valvuloplastie	1	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,2
	Total	**886**	**150,4**	**1 483**	**246,8**	**1 497**	**241,5**	**1 682**	**270,4**
Loretteville	Angioplastie	36	25,4	29	20,2	28	18,0	23	14,1
	Opération sur le cristallin	119	108,1	202	172,9	221	177,8	218	170,3
	Pontage aortocoronarien	29	20,5	47	31,5	48	29,8	45	28,7
	Remplacement de la hanche (total)	19	15,4	18	12,5	12	8,5	20	13,5
	Remplacement de la hanche (autres)	13	12,9	7	6,8	7	5,7	6	5,1
	Remplacement total du genou	14	11,2	27	20,8	16	11,4	20	13,7
	Valvuloplastie	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	1,3
	Total	**231**	**194,1**	**330**	**264,7**	**332**	**251,2**	**334**	**246,8**
Beauport/Orléans	Angioplastie	69	24,3	65	22,6	42	14,3	55	18,2
	Opération sur le cristallin	241	87,9	419	148,0	411	141,0	490	163,7
	Pontage aortocoronarien	69	24,9	76	26,8	94	32,1	108	35,9
	Remplacement de la hanche (total)	24	8,4	30	10,5	30	10,3	33	10,9
	Remplacement de la hanche (autres)	24	8,9	22	7,7	26	9,0	24	8,0
	Remplacement total du genou	44	15,9	23	8,2	42	14,5	44	14,7
	Valvuloplastie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7
	Total	**471**	**170,4**	**635**	**223,8**	**645**	**221,2**	**756**	**252,2**
Charlesbourg	Angioplastie	40	16,2	43	16,8	39	14,9	35	12,5
	Opération sur le cristallin	144	83,4	320	160,8	318	157,5	422	200,5
	Pontage aortocoronarien	63	27,1	54	21,8	70	28,8	82	32,4
	Remplacement de la hanche (total)	23	11,8	21	11,2	25	11,5	32	13,1
	Remplacement de la hanche (autres)	10	6,0	14	8,9	21	11,8	18	9,3
	Remplacement total du genou	24	12,0	26	12,5	18	7,8	21	8,9
	Valvuloplastie	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	0,8
	Total	**305**	**157,4**	**478**	**231,9**	**491**	**232,3**	**611**	**277,5**
Charlevoix	Angioplastie	20	20,9	15	15,6	9	9,1	8	8,2
	Opération sur le cristallin	72	73,2	135	137,4	233	229,4	281	271,6
	Pontage aortocoronarien	12	12,0	12	12,4	24	24,2	30	29,8
	Remplacement de la hanche (total)	10	10,5	7	7,4	13	12,9	7	6,7
	Remplacement de la hanche (autres)	12	12,5	5	4,7	7	7,1	11	10,2
	Remplacement total du genou	11	11,5	8	8,2	15	15,7	12	12,0
	Total	**137**	**140,6**	**182**	**185,7**	**301**	**298,4**	**349**	**338,5**

*Source : fichiers MED-ÉCHO et APR-DRG.

*Les données provinciales comprennent les 18 régions sociosanitaires.

*N'ont été sélectionnés que les DRG de catégorie chirurgicale.

*Les interventions effectuées en soins de courte durée et en chirurgie de jour ont été retenues.

*Le nombre d'interventions à haute intensité est comptabilisé sur la base des variables 'traitement1' à 'traitement 9' dans MED-ÉCHO.

*Les populations de référence (au dénominateur) pour le calcul des taux bruts et standardisés ne comprennent que les 50 ans et plus.

*Les taux sont standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la province en 1997.

N.B. : Pour l'opération sur le cristallin en 1994-1995, le taux est très sous-estimé, car à cette époque, certains établissements ne déclaraient pas la chirurgie d'un jour dans MED-ÉCHO.

Tableau 14

HOSPITALISATIONS ET TAUX D'HOSPITALISATION POUR 1 000 HABITANTS EN SANTÉ MENTALE, 1994-1995 À 1997-1998

	DIAGNOSTIC							
		Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux
RÉGION DE QUÉBEC	Autre problème santé mentale	4	0,01	2	0,00	6	0,01	3	0,01
	Autre psychose	309	0,47	357	0,54	335	0,51	284	0,43
	Psychose affective	1 004	1,54	1 169	1,77	1 009	1,51	996	1,47
	Psychose organique	460	0,73	480	0,74	452	0,67	454	0,66
	Schizophrénie	793	1,21	809	1,22	807	1,21	855	1,28
	Trouble névrotique	2 472	3,79	2 436	3,71	2 191	3,33	2 166	3,28
	Retard mental	21	0,03	18	0,03	22	0,03	13	0,02
	Total	**5 063**	**7,79**	**5 271**	**8,02**	**4 822**	**7,28**	**4 771**	**7,15**
TERITOIRES LOCAUX									
	Autre psychose	13	0,29	19	0,43	19	0,43	17	0,40
	Psychose affective	71	1,65	78	1,74	65	1,45	75	1,67
Portneuf	Psychose organique	26	0,53	34	0,68	24	0,49	29	0,56
	Schizophrénie	30	0,68	24	0,54	28	0,64	24	0,55
	Trouble névrotique	118	2,72	1	0,03	114	2,66	90	2,11
	Retard mental	3	0,07	94	2,10	0	0,00	0	0,00
	Total	**261**	**5,93**	**250**	**5,52**	**250**	**5,67**	**235**	**5,29**
Ste-Foy/Sillery	Autre psychose	66	0,49	57	0,42	57	0,43	53	0,39
	Psychose affective	185	1,37	180	1,32	158	1,14	179	1,25
	Psychose organique	105	0,86	87	0,68	96	0,71	84	0,59
	Schizophrénie	101	0,75	116	0,86	122	0,88	108	0,78
	Trouble névrotique	299	2,21	294	2,18	267	1,94	291	2,11
	Retard mental	3	0,02	2	0,02	6	0,04	1	0,01
	Total	**759**	**5,71**	**736**	**5,48**	**706**	**5,15**	**716**	**5,13**
Québec-Centre	Autre problème santé mentale	3	0,02	1	0,01	1	0,01	0	0,00
	Autre psychose	134	0,81	138	0,82	117	0,73	99	0,62
	Psychose affective	327	1,98	402	2,41	337	2,04	321	1,95
	Psychose organique	185	0,90	173	0,86	173	0,81	172	0,84
	Schizophrénie	393	2,44	405	2,54	373	2,35	429	2,74
	Trouble névrotique	1 027	6,31	2	0,01	4	0,03	2	0,01
	Retard mental	3	0,02	1 021	6,30	891	5,64	914	5,85
	Total	**2 072**	**12,48**	**2 142**	**12,95**	**1 896**	**11,60**	**1 937**	**12,01**
Lorettéville/Val-B	Autre problème santé mentale	1	0,01	0	0	2	0,02	1	0,01
	Autre psychose	17	0,28	33	0,44	37	0,48	33	0,41
	Psychose affective	76	1,19	79	1,04	58	0,72	75	0,98
	Psychose organique	31	0,76	41	0,94	30	0,58	26	0,56
	Schizophrénie	48	0,61	43	0,51	51	0,63	43	0,53
	Trouble névrotique	182	2,49	2	0,02	3	0,03	185	2,21
	Retard mental	1	0,01	195	2,43	186	2,21	0	0
	Total	**356**	**5,34**	**393**	**5,39**	**367**	**4,69**	**363**	**4,72**
Beauport/Orléans	Autre problème santé mentale	0	0,00	1	0,01	1	0,01	0	0
	Autre psychose	37	0,36	56	0,53	44	0,41	44	0,41
	Psychose affective	168	1,62	194	1,84	180	1,67	162	1,48
	Psychose organique	56	0,57	66	0,65	64	0,61	75	0,70
	Schizophrénie	132	1,25	129	1,23	123	1,15	132	1,23
	Trouble névrotique	353	3,37	9	0,08	4	0,04	5	0,05
	Retard mental	5	0,05	309	2,90	294	2,75	284	2,64
	Total	**751**	**7,21**	**764**	**7,25**	**710**	**6,64**	**702**	**6,51**
Charlesbourg	Autre problème santé mentale	0	0	0	0	2	0,02	2	0,02
	Autre psychose	35	0,38	40	0,44	45	0,47	27	0,27
	Psychose affective	117	1,25	162	1,71	155	1,57	134	1,36
	Psychose organique	34	0,55	50	0,90	33	0,52	37	0,49
	Schizophrénie	71	0,73	62	0,62	81	0,81	90	0,89
	Trouble névrotique	270	2,93	1	0,01	4	0,04	3	0,04
	Retard mental	5	0,05	297	3,11	262	2,70	240	2,49
	Total	**532**	**5,89**	**612**	**6,79**	**582**	**6,14**	**533**	**5,58**
Charlevoix	Autre psychose	7	0,23	14	0,43	16	0,49	11	0,33
	Psychose affective	60	1,92	74	2,38	56	1,84	50	1,57
	Psychose organique	23	0,67	29	0,87	32	0,93	31	0,83
	Schizophrénie	18	0,60	30	0,94	29	0,94	29	0,95
	Trouble névrotique	223	7,14	1	0,03	1	0,03	2	0,07
	Retard mental	1	0,04	226	7,27	177	5,70	162	5,32
	Total	**332**	**10,59**	**374**	**11,92**	**311**	**9,92**	**285**	**9,07**

Tableau 15

DURÉE MOYENNE DES SÉJOURS EN SOINS DE COURTE DURÉE EN SANTÉ MENTALE RÉGION DE QUÉBEC, 1994-1995 À 1997-1998

RÉGION DE QUÉBEC	Autre problème santé mentale	3,00	1,50	2,67	2,33
	Autre psychose	27,21	31,38	26,99	24,92
	Psychose affective	39,03	36,47	36,75	33,43
	Psychose organique	30,54	26,75	21,01	21,91
	Schizophrénie	63,56	61,04	52,40	49,38
	Trouble névrotique	20,41	18,85	18,75	15,44
	Retard mental	58,48	33,72	60,50	41,54
	Total	**32,34**	**30,85**	**29,10**	**26,52**
TERRITOIRES LOCAUX					
	Autre psychose	35,00	33,74	17,16	27,76
	Psychose affective	33,96	30,90	36,29	34,39
Portneuf	Psychose organique	22,73	32,06	26,54	22,62
	Schizophrénie	49,07	64,75	60,36	44,58
	Trouble névrotique	22,39	23,00	16,67	13,64
	Retard mental	24,67	21,00		
	Total	**29,29**	**30,77**	**27,65**	**25,55**
Ste-Foy/Sillery	Autre psychose	26,94	34,11	31,95	15,04
	Psychose affective	38,25	35,76	34,89	33,63
	Psychose organique	23,82	22,10	18,83	22,87
	Schizophrénie	45,63	49,32	44,29	39,45
	Trouble névrotique	21,95	18,68	18,56	17,02
	Retard mental	115,67	21,50	91,33	18,00
	Total	**30,14**	**29,29**	**28,40**	**25,10**
Québec-Centre	Autre problème santé mentale	3,00	2,00	7,00	
	Autre psychose	27,60	29,67	27,15	25,74
	Psychose affective	41,64	38,03	40,59	35,46
	Psychose organique	35,03	22,61	19,59	21,28
	Schizophrénie	69,50	57,64	56,84	51,82
	Trouble névrotique	19,90	9,50	6,50	12,00
	Retard mental	10,67	17,82	17,79	14,38
	Total	**34,55**	**30,26**	**30,24**	**27,36**
Loretteville/Val-Bélair	Autre problème santé mentale	3,00		1,50	2,00
	Autre psychose	20,71	34,91	30,84	22,12
	Psychose affective	38,30	39,90	31,91	30,85
	Psychose organique	32,77	40,22	20,57	21,81
	Schizophrénie	70,25	28,70	35,63	48,33
	Trouble névrotique	19,62	43,50	72,00	17,20
	Retard mental	7,00	24,14	23,99	
	Total	**31,55**	**30,49**	**27,54**	**24,44**
Beauport/Orléans	Autre problème santé mentale		1,00	2,00	
	Autre psychose	31,92	32,05	36,59	35,64
	Psychose affective	44,88	39,71	38,51	36,39
	Psychose organique	33,07	36,70	24,83	22,31
	Schizophrénie	59,99	104,69	66,16	57,22
	Trouble névrotique	23,84	44,78	29,50	84,20
	Retard mental	81,80	19,66	20,86	16,34
	Total	**36,37**	**41,84**	**34,54**	**30,98**
Charlesbourg	Autre problème santé mentale			2,00	2,50
	Autre psychose	16,83	32,03	15,51	26,56
	Psychose affective	33,21	33,61	33,65	31,03
	Psychose organique	20,18	15,94	23,76	16,78
	Schizophrénie	54,18	53,71	41,00	47,28
	Trouble névrotique	19,93	22,00	99,50	10,67
	Retard mental	67,40	22,00	20,49	18,94
	Total	**27,68**	**28,45**	**27,13**	**26,89**
Charlevoix	Autre psychose	50,57	21,14	16,75	22,36
	Psychose affective	29,15	29,73	27,41	18,98
	Psychose organique	40,13	36,14	21,06	27,29
	Schizophrénie	103,94	23,03	24,76	26,69
	Trouble névrotique	15,44	10,00	25,00	22,50
	Retard mental	22,00	12,75	13,59	10,85
	Total	**25,19**	**19,05**	**18,09**	**16,20**

Tableau 16

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR[1] DE 1995-1996 À 1997-1998

PROVINCE	226 998	229 515	1%
RÉGIONS			
Montréal-Centre	57 393	55 040	-4%
Montérégie	39 200	37 406	-5%
Mauricie et Centre-du-Québec	19 607	18 648	-5%
Laval	9 021	8 839	-2%
Estrie	10 249	9 595	-6%
Chaudière-Appalaches	11 371	12 916	14%
Québec	20 519	22 784	11%
TERRITOIRES LOCAUX			
Portneuf	1 374	1 516	10%
Ste-Foy/Sillery	3 720	4 115	11%
Québec-Centre	5 721	6 069	6%
Loretteville/Val-Bélair	2 375	2 741	15%
Beauport/Orléans	3 501	3 705	6%
Charlesbourg	3 136	3 426	9%
Charlevoix	692	1 206	74%

ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE CHIRURGIE D'UN JOUR[1] PARMI L'ENSEMBLE DE LA CHIRURGIE DE 1995-1996 À 1997-1998

PROVINCE	48,9%	53,6%	4,7%
RÉGIONS			
Montréal-Centre	48,3%	52,6%	4,3%
Montérégie	49,5%	53,1%	3,6%
Mauricie et Centre-du-Québec	54,8%	57,3%	2,5%
Laval	46,9%	49,4%	2,5%
Estrie	53,2%	54,3%	1,1%
Chaudière-Appalaches	46,1%	54,6%	8,5%
Québec	48,6%	55,1%	6,5%
TERRITOIRES LOCAUX			
Portneuf	45,2%	52,0%	6,8%
Ste-Foy/Sillery	48,7%	55,4%	6,7%
Québec-Centre	48,3%	53,9%	5,6%
Loretteville/Val-Bélair	49,2%	58,1%	8,9%
Beauport/Orléans	50,4%	54,4%	4,0%
Charlesbourg	51,9%	57,7%	5,8%
Charlevoix	35,9%	52,9%	17,0%

Source : Fichiers APR-DRG (J57).

(1) La chirurgie d'un jour tient compte aussi des hospitalisations en chirurgie dont la date à l'admission égale la date de sortie (moins de 24 heures). De plus, les endoscopies digestives, selon une directive du MSSS, ne sont pas considérées comme une chirurgie d'un jour dans le présent tableau.

ANNEXE TECHNIQUE

Variable utilisée	Spécification	Source des données	Critère de sélection des enregistrements
Nombre de lits	Soins de courte durée	1	Lits de santé physique et de santé mentale dans les CHSGS et en santé mentale dans les établissements psychiatriques.
	Hébergement et soins de longue durée	1	Nombre de lits au permis dans les CHSLD publics et privés conventionnés, les pavillons d'hébergement, les lits transitoires dans les CHSGS et les lits des résidences d'accueil des établissements.
Hospitalisations	Courte durée santé physique	3	Critères généraux pour les hospitalisations en santé physique[1] : Les hospitalisations en courte durée, variable **type de soins**, **code 1**. Les hospitalisations avec date de sortie identique à la date d'entrée (**code d'exclusion 9**) sont considérées en soins d'un jour (**type de soins**, **code 27**). Sont exclus: les établissements de réadaptation, de longue durée et psychiatriques (**groupe de l'installation**, **codes 5 et 6**); les hospitalisations pour maladies et troubles mentaux (**catégorie majeure de diagnostic**, **code 19**); les nouveau-nés en bonne santé (**DRG**, **codes 657,678,690 et 691**).
	Chirurgie	2,3,4	Les **DRG** de catégorie chirurgicale, selon la table de classification des APR-DRG.
	Médecine	2,3,4	Les **DRG** de catégorie médicale, selon la table de classification des APR-DRG.
	Obstétrique et soins aux nouveau-nés	2,3,4	L'obstétrique et les naissances ont été identifiées par la catégorie majeure de diagnostic (**CMD**) **14** : **grossesse, accouchement et puerpéralité** et **15** : **nouveau-nés**. Les nouveau-nés en bonne santé sont exclus, **DRG**, **codes 657, 678, 690, 691**.
	Longue durée dans des lits de courte durée	3	Médecine et chirurgie. Variable **code de médecin**, **code 3**.
	Gravité clinique élevée	3,4	Médecine et chirurgie. L'**indicateur de gravité clinique** dont le niveau est égal à **3** ou à **4** sur une échelle de 4 dans la table de classification de APR-DRG.
	Courte durée santé mentale	2,3,4	Les hospitalisations en courte durée, variable **type de soins**, **code 1**. Sont exclus: les établissements de réadaptation et de longue durée (**groupe de l'installation**, **code 6**). Pour les données reliées à l'accès aux soins et aux services (Dimension 3) : les épisodes de soins sont établis à partir du **diagnostic principal**, **codes 290, 291, 292, 293, 294 = psychoses organiques; 295 = schizophrénies; 296 = psychoses affectives; 297, 298, 299 = autres psychoses; 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316 = troubles névrotiques de la personnalité et autres non psychotiques; 317, 318, 319 = retard mentale; V40 = autres problèmes de santé mentale**. *Classification internationale des maladies* (*CIM-9*). Pour les données reliées à la production des services (Dimension 2) : les épisodes de soins sont établis à partir de la **CMD 19** des APR-DRG.

	Réhospitalisations	3	Épisodes de soins établis à partir du **diagnostic principal** : **4109, 4119 = infarctus du myocarde; 8200, 8201, 8202, 8203, 8208, 8209 = fracture de la hanche; 4280, 4281, 4289 = insuffisance cardiaque; 295, 2970, 2981, 2983, 2984, 2988, 2989, 2991 = psychose; 4909, 4910, 4911, 4912, 4918, 4919, 4929, 4930, 4931, 4939, 4969 = bronchite-emphysème-asthme; 4800, 4801, 4802, 4808, 4809, 4819, 4820, 4821, 4822, 4823, 4824, 4828, 4829, 4839, 4859, 4869, 4870 = pneumonie;** **5302, 5307, 5310, 5311, 5312, 5313, 5319, 5320, 5321, 5322, 5323, 5329, 5339, 5349, 5350, 5353, 5356, 5400, 5401, 5409, 5419, 5429, 5439, 5521, 5522, 5550, 5551, 5552, 5559, 5569, 5589, 5600, 5601, 5602, 5603, 5608, 5609, 5621, 5647, 5711, 5712, 5713, 5714, 5715, 5716, 5718, 5733, 5740, 5741, 5742, 5743, 5744, 5745, 5750, 5751, 5760, 5761, 5762, 5770, 5771, 5772, 5778, 5779, 5780, 5781, 5789 = tube digestif;** **640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676 = complications de la grossesse; 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2968, 2969 = psychose affective; 250 = diabète sucré; 450, 433, 434, 436; 4370, 4371 = ischémie cérébrale;** **6501, 6502, 6503, 6504, 6511, 6512, 6513, 6514, 6521, 6522, 6523, 6524, 6525, 6531, 6532, 6533, 6534, 6535 = hernie; 7219, 7229, 7239, 7249, 7251, 7252 = prostatectomie; 6312, 6314 = cholécystectomie; 8609, 8619, 8629, 8689, 8699 = césarienne; 5729, 5742, 5752, 5753, 5754, 5755, 5756, 5759, 5769, 5811, 5812, 5813, 5814, 5821, 5822, 5823, 5824, 5851, 5852, 5853, 5909, 5919, 5929, 6024, 6031, 6039, 6049, 6051, 6052, 6053, 6054, 6055, 6059, 6101, 6111, 6112, 6121, 6129, 6135, 6136, 6149, 6159 = appendice, intestin et colon; 8029, 8039, 8049, 8059, 8069 = utérus** (CIM-9).
	Morbidité hospitalière évitable	2,4	Épisodes de soins établis à partir du **diagnostic principal** : **codes 540, 540.1 = appendice rupturé; 493 = asthme; 681, 682 = cellulite; 428, 402.01, 402.11, 402.91 = insuffisance cardiaque; 250.1, 250.2, 250.3, 251 = diabète; 785.4 = gangrène; 032, 033, 037, 072, 045, 055 = conditions évitables par immunisation; 276.8 = hypokaliémie; 401.0, 402.0, 403.3, 404.0, 405.0, 437.2 = hypertension maligne; 481, 482, 483, 485, 486 = pneumonie; 590.0, 590.1, 590.8 = pyélonéphrite; 531.0, 531.2, 531.4, 531.6, 532.0, 532.2, 532.4, 532.6, 533.0, 533.1, 533.2, 533.4, 533.5, 533.6 = ulcère perforé ou saignement** (*CIM-9*).
Chirurgies d'un jour		2,3	Les **DRG** de catégorie chirurgicale selon la table de classification des APR-DRG. Les chirurgies d'un jour, variable **type de soins**, **code 27**. Selon une directive du MSSS, les **traitements opératoires 1 à 9** reliés aux endoscopies digestives, **codes 56.82, 57.92, 57.94, 60.82** (*Classification canadienne des actes diagnostics, thérapeutiques et chirurgicaux, CCADTC*) ne sont pas considérés comme des chirurgies d'un jour.
Chirurgies discrétionnaires		3,4	En courte durée et en soins d'un jour. **Traitement opératoire** retenu par Grouper dans APR-DRG, **codes 4019, 4029 = amygdalectomie; 4059 = adénoïdectomie; 8029, 8039, 8049, 8059, 8069 = hystérectomie; 6312, 6313, 6314 = cholécystectomie; 6134, 6135, 6136 = hémorroïdectomie; 9231 = laminectomie** (*CCADTC*).
Chirurgies à haute intensité		2,4	En courte durée et en soins d'un jour. Variables **traitements 1 à 9**, **codes 4811, 4812, 4813, 4814, 4815, 4816, 4817, 4818, 4819 = pontage aortocoronarien; 4802, 4803 = angioplastie; 4797 = valvuloplastie; 2729, 2739, 2741, 2749, 2751, 2759, 2761, 2762, 2769 = opération sur le cristallin; 9351, 9359 = remplacement total de la hanche; 9361, 9362, 9363, 9364 = remplacement de la hanche (autres arthroplasties); 9341 = remplacement total du genou** (*CCADTC*).

Variable utilisée	Spécification	Source des données	Critère de sélection des enregistrements
Patients sur civières		5	
Usagers et interventions en CLSC		6	Centres d'activités : soins infirmiers à domicile, aide à domicile, services psychosociaux et spécialisés à domicile, santé maternelle et infantile.
Admissions en hébergement et soins de longue durée		7	
Listes d'attente et délai d'attente	Cardiologie tertiaire	1	Pour la radio-oncologie, on classe les délais d'attente selon quatre ordres de priorité :
	Radio-oncologie	1	Priorité 1 (0 à 24 heures) : Compression médullaire, syndrome de compression de la veine cave supérieure, hémorragies incoercibles, insuffisance respiratoire importante par obstruction ou compression trachéo-bronchique, métastases cérébrales avec syndrome d'hypertension intracrânienne.
	Prothèse totale hanche et genou	1	Priorité 2 (0 à 8 jours) : Métastases cérébrales sans signe d'hypertension intra-crânienne, syndrome de compression de la veine cave supérieure sans trouble respiratoire, métastases osseuses douloureuses difficilement contrôlables par des analgésiques, imminence de fracture, compression oesophagienne, tumeurs pédiatriques.
	Hébergement et soins de longue durée	7	Priorité 3 (2 à 3 semaines) : O.R.L. traitement exclusif ou pré-opératoire ou post-opératoire de chirurgie incomplète, radiothérapie pré-opératoire, tumeurs gynécologiques traitées par radiothérapie exclusive ou pré-opératoire, protocoles de chimio-radiothérapie avec néoplasie en place, poumons T1 N1 M0 traité par radiothérapie exclusive, lymphomes non hodgkiniens, maladie de Hodgkin, tumeurs cérébrales.
	Centre jeunesse de Québec pour évaluation	8	Priorité 4 (3 semaines et plus - maximum 8 semaines) : O.R.L. post-opératoire chirurgie complète, poumons : autres stades, protocoles de chimio-radiothérapie dans les cas post-opératoires, sein post-opératoire, prostate, gynécologie post-opératoire.
Satisfaction des usagers		9	
Mortalité évitable		10	Causes de mortalité dans la *Classification internationale des maladies (CIM-9)* : **codes 10-18, 137 = tuberculose; codes 179-180, 182 = cancer du corps et du col de l'utérus; code 201 = maladie de Hodgkin (cancer des ganglions); codes 393-398 = cardiopathie rhumatismale chronique; code 493 = asthme; codes 540-543 = appendicite; codes 550-553 = hernie inguinale et abdominale; codes 574-575.1 = cholélithiases et cholécystite; codes 401-405, 430-438 = maladie hypertensive et cérébrovasculaire; codes 630-676 = décès maternels; code 174 = cancer du sein; codes 410-414 = cardiopathie ischémique; codes 531-534 = ulcères peptiques.**
État de santé de la population		11,12,13	

Sources de données:

1- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
2- MED-ECHO (fichier provincial J54)
3- APR-DRG (fichier provincial J57, tiré de MED-ECHO)
4- Projections de l'ISQ (Institut de la statistique du Québec, anciennement le BSQ) par territoire de CLSC pour les années 1992 à 2016, base de recensement 1991
5- Registre des patients sur civières dans les salles d'urgence (J56)
6- Système d'information clientèle des CLSC
7- Systèmes régionaux d'information sur la coordination régionale des admissions en hébergement et soins de longue durée
8- Banque de données communes Centre jeunesse - Loi sur la protection de la jeunesse
9- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Suivi des répercussions de la transformation des services de santé et des services sociaux sur l'utilisation des services et la santé de la population, mars 1997.
10- Fichier des décès (K29)
11- Santé Québec, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993
12- Pageau et *al.* Indicateurs sociosanitaires : le Québec et ses régions, MSSS, Direction générale de la santé publique, mai 1997
13- Choinière et *al.* La mortalité au Québec. Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995, MSSS, Direction générale de la santé publique, janvier 1998